

Année 1904

THÈSE

N°

117

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Décembre 1904, à 1 heure

PAR

Alphonse STETTINER

EXTERNE DES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

PAROXYSMES PSYCHIQUES ÉPILEPTIQUES

CHEZ LES ENFANTS

PRÉSIDENT : **M. RAYMOND**, Professeur.

JUGES { **MM. LE DENTU**, Professeur.
BUDIN, Professeur.
MÉRY, Agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12
(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentée	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	DESGREZ.	LEGUEU.	RICHAUD.
AUVRAY.	DUPRE.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef
BALTHAZARD.	FAURE.	MACAIGNE.	des trav. anat.
BRANCA.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BRINDEAU.	GUIART.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André.)	JEANSELME.	MERY.	WALLICH.
CARNOT.	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
	LEGREY.	RENON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EMPIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULES VOISIN

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

En souvenir reconnaissant pour ses
excellents conseils pendant l'an-
née d'externat que j'ai passée
dans son beau service.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

Messieurs les Docteurs SEVESTRE

BARIÉ

BROCQ

LION

GUINON

SOUQUES

ROUBINOVITCH

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR F. RAYMOND

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS.

A la consultation externe de la Salpêtrière, lors de notre année d'externat chez M. Jules Voisin, nous avons été frappé par le nombre relativement considérable d'enfants dont les parents venaient voir notre Maître, pour des troubles psychiques passagers et intermittents tels que, turbulence et colères subites, cruautés sans causes, impulsions à mettre le feu, à voler, à se disputer, à vagabonder, etc... Ils rendaient la vie insupportable à leur entourage, étaient une cause de dissipation, de désordre, de scandale, et de mauvais exemple en classe.

Quelques-uns avaient été renvoyés successivement de plusieurs écoles maternelles ou communales. Plusieurs venaient sur le conseil et avec un mot de l'instituteur, ou avec un certificat du médecin des écoles, qui témoignait par écrit de l'indiscipline de l'enfant, de l'impossibilité de le garder en classe, à cause de la gêne apportée à la marche normale de l'éducation, de la nécessité de le placer dans un établissement spécial, ou de lui faire suivre un traitement médical approprié.

Après une analyse précise des symptômes présentés par le jeune patient, et un interrogatoire bien conduit

de ses parents, on arrivait à la conclusion que ces troubles si brusques et si fugitifs du caractère et de l'intelligence, n'étaient pas des psychoses pures, *sine materia*, mais étaient des symptômes mentaux d'une épilepsie larvée, atypique et non encore diagnostiquée.

Notre maître avait attiré notre attention sur ces malades si intéressants, et nous a engagé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons examiné, interrogé, et pris l'observation de dix malades. Le cahier où est consignée brièvement l'histoire des consultants, nous a permis d'en recueillir huit autres ; enfin, la littérature médicale nous a fourni quelques cas semblables.

Les troubles mentaux que présentent les enfants épileptiques sont analogues à ceux que l'on décrit chez les adultes, c'est-à-dire chroniques ou intercurrents.

Les premiers ont une marche le plus souvent progressive, avec exacerbation marquée après chaque attaque convulsive. Leur ensemble constitue la dégénérescence psychique épileptique, et leur aboutissant ultime est la démence.

Les seconds sont des troubles transitoires intercurrents et paroxystiques. Tantôt ils précèdent les attaques, vertiges ou absences ; tantôt ils les suivent ; souvent ils les remplacent, et sont, dans ces cas, leur équivalent psychique.

Quelquefois, enfin, ils se présentent le matin qui succède à une nuit pendant laquelle l'enfant a été atteint de ce que Trousseau appelait de l'épilepsie nocturne.

C'est dans ce dernier groupe de psychoses paroxystiques et intermittentes, que doivent rentrer les délires des

enfants que nous avons observés, et c'est ce groupe seul que nous nous proposons d'étudier dans ce mémoire. Après un court chapitre consacré à l'histoire de la question, nous allons ici tout d'abord tenter de dégager quelques types cliniques afin d'essayer de mettre en relief les symptômes les plus saillants. Nous exposerons ensuite quelques considérations très brèves sur l'étiologie, l'évolution, le pronostic, le diagnostic et le traitement de ces psychoses.

HISTORIQUE

Chez les adultes, nombreux sont les auteurs qui se sont occupés des paroxysmes psychiques. Citons les noms principaux : — Esquirol (1), Morel (2), Falret (3), Legrand du Saulle (4), Ardin-Delteil (5).

Chez les enfants, DELASIAUVE (6) dans un paragraphe concernant la manie en général, signale en passant que celle-ci peut aussi se révéler dans le jeune âge, mais en prenant un aspect spécial.

« La manie consécutive, ou mal caduc affecte une forme particulière que nous devons signaler. Elle est commune chez les enfants et participe à quelques égards de l'extase. A l'agitation turbulente et loquace, s'associe

(1) ESQUIROL. — *Maladies mentales. Paris, 1838.*

(2) MOREL. — *Traité des maladies mentales Paris, 1860.* Discussion sur l'épilepsie larvée. *Ann. med. psycho.* 1873.

(3) FALRET. De l'état mental des épileptiques. *Archiv. gén. de med.* 1890.

(4) LEGRAND DU SAULLE. — *Etudes médico-légales sur les épileptiques.* 1877.

(5) ARDIN-DELTEIL. — L'épilepsie psychique dans ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité. *Th. de Montpellier, 1892.* Les équivalents psychiques de l'épilepsie in *Montpellier médical*, 1900. L'épilepsie larvée in *Progrès médical*, 15-29 déc. 1900, 3 janvier 1901.

(6) DELASIAUVE. — *Traité de l'épilepsie Paris 1854, page 150.*

un état tout différent et qui parfois même tend à l'absorber.

Le malade prend des attitudes variées : son regard est fixe, immobile, il paraît en proie à une vision intérieure, articule des mots vagues et confus.

Si on le questionne, il reste muet, ou ne répond que par des phrases décousues, des gestes ridicules ou des mots trahissant de grotesques préoccupations.

Voilà tout ce que dit Delasiauve sur les paroxysmes psychiques chez les jeunes épileptiques.

Il faut remonter à CHARLES WEST (1) pour trouver la première étude approfondie sur ce sujet.

Dans un article (écrit en anglais mais traduit en allemand par Ludwig Meyer pour le *Journal für Kinder-Krankheiten*) il fait une revue générale sur les troubles mentaux qu'on rencontre chez les enfants épileptiques. Il présente une statistique personnelle de 27 observations, qu'il résume sous forme de tableau. Sept de ses jeunes malades sont idiots ; deux ont des troubles psychiques ; les autres paraissent sains d'esprit. « Mais, dit-il, je me suis efforcé d'étudier de plus près l'état mental de ces enfants : un simple aperçu synoptique ne donnant d'eux qu'une compréhension bien imparfaite.

Dans quatre cas, en effet ; où l'état mental est donné comme n'étant pas affecté, l'enfant était, en réalité,

(1) CHARLES WEST. — Ueber Epilepsie Blodsinn und Irrsein der Kinder. *Journal für Kinderkrankheit*. Bd XXIII H et 2, anno. 185g

Idem. Über das Geistesleben und der Geistesstörung in der Kindheit. *Loc. cit.* Bd XXXV H 7 et 8 anno 1865, p. 35.

Idem. Leçons sur les maladies des enfants (traduction Archambault, Paris, 1884, 2^e édition) page 207.

triste, faible de mémoire, ou resté en retard par rapport à son âge. Chez trois garçons et quatre filles la faiblesse d'esprit a été jusqu'à l'imbécillité. Une de ces dernières a été atteinte d'états maniaques. Chez deux autres fillettes, les attaques épileptiques existaient avec une façon d'être et des manières si étranges que je les considère effectivement comme des cas réels de maladies mentales. »

Ainsi donc, West a le grand mérite d'étudier de plus près que ses devanciers la mentalité des jeunes épileptiques. Il ébauche une classification.

Il distingue les psychoses permanentes (idiotie, imbecillité) des manières d'être, tellement spéciales, qu'il les considère comme pathologiques, et des psychoses intermittentes, ou états maniaques dont il donne deux observations.

Dans le manuel des maladies de l'enfance dirigé par Gerhardt, EMMINGHAUS (1) consacre un long article à l'état mental des jeunes épileptiques.

Leurs troubles psychiques sont analogues à ceux des adultes, chroniques ou intercurrents.

Les psychoses chroniques ont une marche généralement progressive et aboutissent à la dégénérescence psychique comitiale. Elles se révèlent surtout par une faiblesse de la mémoire, par un degré d'aperception, par une paresse dans l'idéation, phénomènes se remarquant plutôt à l'école que dans la vie courante.

A côté d'elles, il range également toutes les idées fixes,

(1). EMMINGHAUS. — Die psychischen storungen des Kindesalters *Handbuch für Kinderkrankheiten* herausgegeben von Gerhardt, page 267.

impulsions, obsessions, états de dégénérescence mentale, de coïncidence très fréquente avec l'épilepsie.

Les psychoses transitoires ou intermittentes forment un groupe comprenant des états divers d'excitation ou de dépression dont l'expression la plus complète sont des crises de manie ou de lypermanie passagères. Il les classe sous quatre chefs : A) *en équivalents psychiques de l'attaque épileptique* ; B) *aliénation mentale préconvulsive* ; C) *aliénation mentale post-convulsive* D) *aliénation coïncidant avec un état de mal* ; selon qu'elles remplacent les attaques convulsives, qu'elles les précèdent ou qu'elles se greffent sur des attaques en série.

Quelque variables que soient les symptômes chez les divers malades, dans un cas donné, les phénomènes morbides se ressemblent entre eux, et ils se succèdent toujours dans le même ordre. Une crise postérieure sera semblable à une crise antérieure. Il y a peu d'exceptions à cette règle. Emminghaus signale également que le souvenir de l'attaque est toujours aboli.

SCHUELE (1), avec des renseignements dûs surtout au Dr WILDERMUTH (de Stetten); dans son traité clinique des maladies mentales, consacre un paragraphe spécial aux troubles mentaux des jeunes épileptiques.

Comme ses devanciers, il les divise en psychoses chroniques, et en psychoses aiguës ou intermittentes.

En général, écrit-il, les formes aiguës sont rarement graves; les états de manie furieuse, si fréquents chez les adultes, semblent ne pas exister chez les jeunes épilep-

(1). SCHUELE. — Traité clinique des maladies mentales, traduction Dagonnet et Duhamel Paris, 1888, page 258.

tiques. Et c'est toujours au moment de la puberté que se développent ces psychoses intermittentes.

On peut établir trois groupes de psychoses, d'après leurs rapports avec les attaques.

a) Des troubles psychiques intermittents éclatent, qui n'ont pas de relations bien nettes avec les attaques convulsives (c'est-à-dire avec leur fréquence ou leur intensité).

Ces troubles se reproduisent d'une manière irrégulière sans qu'on trouve d'attaque convulsive, ou bien ils peuvent les précéder ou les suivre ; c'est le délire hallucinatoire aigu et des états d'obnubilation intellectuelle avec délire religieux.

b) La psychose est en rapport immédiat avec l'attaque, mais il n'y a pas de différence clinique entre la période præ ou post-épileptique.

Dans ces cas, le malade se trouve toujours, avant ou après l'attaque, dans une disposition morale pathologique, puis peu à peu l'humeur devient normale. La conscience persiste et ne disparaît qu'au moment de l'attaque.

c) Le trouble est sous la dépendance de l'attaque. Il est manifestement præ ou post-épileptique. Les deux phases se répètent d'une manière typique ; aussi l'on peut très bien reconnaître après l'une ou l'autre, si le malade a eu son attaque convulsive ou s'il va l'avoir. Cela est bien différent de ce qui se passe chez l'adulte.

Dans ces cas, il y a toute une série de degrés. Le cerveau des enfants est moins troublé par une attaque que celui de l'adulte. Une stupeur post-convulsive est rare, comme aussi une psychose préépileptique bien carac-

térisée. La manie furieuse paraît manquer. Habituellement, il s'agit de psychoses incomplètes, c'est-à-dire de modifications du caractère.

Le bromure n'améliore pas les psychoses.

d) Le trouble psychique se représente comme l'équivalent de l'attaque.

Ici, Schuele distingue plusieurs variétés :

α) L'accès psychique est de très courte durée, et consiste en sauts ou violences soudaines, il peut se continuer petit à petit par des manifestations motrices.

β) Les attaques sont remplacées par des états d'excitations périodiques (le malade déchire, détruit, jette ou vole ce qui lui tombe sous la main. Il est indocile, se dispute et a horreur du travail). Parfois les attaques persistent, mais elles sont, tantôt intenses, tantôt légères ; les premières sont suivies d'un stade de somnolence, les secondes d'état d'excitation stupide avec hallucination.

Il y a des cas intéressants, où des états d'excitations psychiques surviennent après la disparition des attaques ; ces états d'excitations cessent ensuite, lorsque les attaques se reproduisent.

Signalons les ouvrages classiques de Jules Voisin, de Féré, l'article de Chaslin dans le « Traité des maladies de l'enfance », celui de Comby, de d'Espine et Picot, celui de Grasset et de Rauzier dans le Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert, celui de Soltmann ; les articles de revue de

Meyer, de Leidesdorf, Audry, Wiedemeister, les thèses de Vivier, de Weill-Hallé (1)

L'opinion courante concernant les paroxysmes psychiques des jeunes épileptiques peut en somme, se résumer ainsi :

Les enfants sont peu sujets à des troubles cérébraux passagers, d'origine épileptique. Ces troubles, lorsqu'ils existent sont moins marqués et plus transitoires que chez les adultes. La fureur maniaque paraît tout à fait exceptionnelle.

(1) Voir bibliographie.

ETUDE CLINIQUE

On peut établir *trois types de psychoses paroxystiques*, selon qu'il y a tendance à l'excitation, à la dépression ou qu'il y a un mélange des deux.

Les cas avec excitations sont de beaucoup les plus nombreux puisque, chez 12 malades, nous relevons 5 fois ce mode de réaction mentale, contre trois cas de dépression, et quatre observations de psychoses mixtes.

Paroxysmes psychiques avec dépression

L'accès lypémanique est peut-être, dit Audry (1), plus rare que la manie chez les enfants. Dans les deux cas qu'il publie, d'après Soltmann, le premier de Griesinger, le second de Kerner, ce dernier seul paraît être de la dépression lypémanique pure.

Il s'agissait d'une fillette de onze ans, tombant dans des paroxysmes de mélancolie religieuse. Pendant ses accès, elle vociférait, blasphémait et priait avec ferveur.

(1) AUDRY. — Fureur maniaque chez une épileptique de 11 ans, in *Lyon médical* n° 9, 26 février 1888.

Nos deux observations personnelles N° 11 et 14 ont trait à des enfants plus jeunes, étant sujets, sans raison extérieure évidente, à des frayeurs et des craintes très soudaines et de très courte durée. Ces deux malades étaient des vertigineux (1)

Il nous semble donc que, chez les très jeunes enfants au-dessous de dix ans, l'accès de lypémanie vraie, tel qu'on l'a décrit chez les adultes, n'existe pour ainsi dire pas. Il est remplacé par des pleurs, par des cris, des craintes fugitives, espèce d'ébauche de la psychose complète. Il est possible de rencontrer des accès de lypémanie vraie chez des enfants épileptiques, mais plus âgés, et cela, à titre exceptionnel.

Presque toujours, en effet, aux phénomènes qui caractérisent la dépression, viennent s'ajouter des symptômes d'excitation. Ceci nous amène à examiner les psychoses à type mixte.

Paroxysmes psychiques caractérisés par un mélange de dépression et d'excitation.

Voir les observations 4, 13, 16, 28.

On remarque souvent que les enfants ont des hallu-

(1) On sait que l'accès épileptique est généralement suivi de phénomènes d'épuisements tant physiques que psychiques, étudiés avec tant de soin par Féré (les épilepsies et les épileptiques). Ces cas de dépression lypémanique, ne sont peut-être que l'exagération de cette tendance si fréquente. Il faudrait leur rapprocher le fait de KESTIVEN, qui a observé, chez un enfant, des crises de stupeur épileptiformes, survenir à des heures régulières, et céder au bromure de potassium (*A case of epileptiform Stupor in a child, successfully treated with bromide of Potassium in Transactions of the clinical society of London, 1870 t. III, p. 168*

cinations probablement de nature déprimante et terrifiante.

Le jeune Marcel B... (Obs. 16) âgé de 7 ans, après un vertige, avait des troubles cérébraux caractérisés par des hallucinations visuelles et de l'agitation; ensuite il se mettait à crier et à pleurer.

La malade de Griesinger (Obs. 28) éprouvait des attaques d'angoisses malades, associées à des hallucinations gaies.

R..., âgée de 9 ans (Obs. 13) vertigineuse, a des paroxysmes caractérisés par des trépignements, des pleurs et des cris.

Le cas de Louis M... (obs. 4) âgé de 9 ans et demi, est curieux, car la période de dépression est séparée de celle d'excitation, par l'attaque épileptique elle-même. Il se met d'abord à pleurer (dépression), puis urine dans son pantalon, ronfle pendant quelques instants et s'endort (attaque comitiale abortive); enfin au réveil, il reste hébété, ou bien au contraire, il est de mauvaise humeur et fait soudainement quelque méchanceté, comme de battre son jeune frère, ou de briser les objets, ou de mettre le feu (excitation).

Ainsi, cet enfant a de la dépression préépileptique à moins qu'on interprète le fait de pleurer non comme un réflexe d'origine psychique, mais comme un simple trouble vaso-moteur. Ensuite, il est pris, tantôt de stupeur, tantôt d'excitation post-épileptique caractérisée par des impulsions diverses.

Paroxysmes psychiques avec excitation

Les paroxysmes psychiques avec excitation, forment une sorte de gamme chromatique, comprenant des états les plus variés, allant depuis la turbulence simple la plus passagère, jusqu'aux crises de manie véritable, durant plusieurs semaines.

Bien qu'il y ait toutes les formes de transitions inimaginables entre les deux bornes extrêmes, il est nécessaire de créer artificiellement des jalons, afin de mieux étudier et de mieux connaître ; aussi nous proposons-nous de montrer des types successifs, allant de l'ébauche à l'achevé, et du simple au complexe

Nous décrirons successivement

1° *Turbulence simple.*

2° *Accès de colère.*

3° *Excitation maniaque de courte durée avec ou sans actes délictueux ou impulsions.*

4° *Accès de manie aiguë de longue durée, avec ou sans actes délictueux ou impulsions.*

Nous exposerons ensuite avec plus de détails dans un chapitre spécial les diverses impulsions ou actes délictueux observés, dont les principaux sont :

α fugues, vagabondage inconscient.

β impulsion à mettre le feu.

γ — à voler.

δ — à faire des incongruités.

ε — à l'homicide.

η — aux suicides.

9 impulsions diverses.

TURBULENCE SIMPLE. — Il y a tellement d'enfants turbulents, qu'on a de la peine à considérer cette manière d'être comme faisant partie du domaine de la pathologie. Il serait, en effet, fort exagéré de prétendre que tous les enfants turbulents sont, ou seront plus tard des épileptiques.

Cette turbulence d'essence comitiale a cependant quelques caractères spéciaux qui méritent d'attirer l'attention. Elle est de très courte durée ; elle survient sans excitation extérieure qui puisse l'expliquer ; elle est intermittente ; elle vient même souvent contredire le caractère habituel de l'enfant, qui peut être, à l'état normal, parfaitement doux, obéissant et affectueux.

Nous avons relevé la turbulence chez deux malades (Obs. nos 2 et 3). Le symptôme a été noté lors de leur première enfance : chez l'un, vers quatre ans, chez l'autre vers l'âge de sept ans. Depuis, tous les deux ont eu des paroxysmes psychiques, plus caractérisés et plus violents.

Il semblerait donc que la simple turbulence fût un mode de réaction psychique de la première enfance, apparaissant à un moment où le développement de l'intelligence et du caractère est encore dans un état fort rudimentaire. Plus tard, lorsque le cerveau sera mieux organisé, plus vieilli, il réagira par des psychoses plus bruyantes et plus typiques.

ACCÈS DE COLÈRE. — Ce qui a été dit de la turbulence peut également s'appliquer aux accès de colère. Il est

évident que tous les enfants coléreux ne sont pas pour cela épileptiques.

Ces crises, qu'ont-elles donc de spécial chez les jeunes comitiaux ? Elles sont habituellement de courte durée et très violentes. Elles débutent brusquement et sans raison apparente. Elles cessent de même.

Tous les accès ont, chez un même malade, une tendance à se ressembler entre eux. Les corrections ou châtiments, donnés par les parents, n'ont sur eux aucune influence. L'enfant est-il inconscient ? Voilà une question fort délicate à résoudre, car les enfants sont très difficiles à interroger. Elle est hors de notre compétence, hors des limites cliniques de cette thèse.

De plus, lorsqu'on se donne la peine d'interroger l'entourage, on remarque fort souvent des phénomènes somatiques, surajoutés, de nature vraiment épileptique, et qui n'existent pas dans les crises de colère ordinaire.

Avant, l'enfant pâlit ou a une absence de courte durée ; ses yeux restent pendant quelques secondes fixes. Il lui arrive quelquefois de perdre involontairement ses urines ou ses matières fécales. La colère terminée, il se sent las et fatigué, les membres brisés ; quelquefois il sommeille ; souvent il se plaint d'avoir la migraine ; il est inapte à tout travail.

Lorsque ces symptômes se trouvent au complet, leur réunion constitue un véritable petit accès épileptique atypique, au cours duquel la crise de colère proprement dite (mouvements violents et désordonnés, pleurs et cris) remplacent les convulsions toniques et cliniques habituelles.

On peut dire que, dans ce cas, l'accès de colère est un équivalent épileptique.

ACCÈS D'EXCITATION MANIAQUE DE COURTE DURÉE AVEC OU SANS ACTES DÉLICTUEUX ET IMPULSIONS NETTEMENT DIFFÉRENCIÉES. — Ce sont des états de transition, entre les simples colères morbides et les états maniaques vrais, tels qu'on les observe chez les adultes, et à titre exceptionnel chez les enfants.

Les caractères généraux de ces psychoses sont ceux de toutes les psychoses épileptiques intermittentes :

Soudaineté du début.

Manque de cause apparente, pouvant expliquer l'accès.

Inconscience des actes.

Oubli des actes, une fois l'accès passé.

Cruauté, violence, inutilité des actes.

Indifférence de l'enfant, par rapport aux punitions.

Durée généralement courte des accès, leur cessation brusque.

L'accès terminé, rentrée dans le statu quo ant.

Enfin, coïncidence fréquente avec des symptômes, indéniablement épileptiques, qui peuvent précéder ou terminer l'accès maniaque (Absence, vertige, fixité du regard).

Pâleur de la face, suivie de rougeur.

Respiration forte et stertoreuse.

Incontinence des sphincters anaux ou vésicaux.

Migraine, lassitude, somnolence, sommeil.

Mauvais état gastro-intestinal (J. Voisin).

Comme type d'excitation maniaque simple, sans actes

délictueux, citons l'observation de West (N° 18). Il s'agit d'une petite fille de 10 ans et 10 mois, ayant eu à 8 ans une attaque de convulsions généralisées. Depuis cette époque, elle avait été sujette à des accès passagers d'une excitation étrange, et ceux-ci étaient accompagnés d'une sorte de sommeil cataleptique, pendant lequel l'enfant restait une minute ou deux sans mouvements, avec un regard vague, et prononçait quelques paroles incohérentes, qui paraissaient avoir trait à quelque vision. Plus tard, l'enfant eut de l'épilepsie générale vulgaire.

Les actes délictueux commis par les enfants, pendant qu'ils sont excités, sont variables. Ils ont, la plupart du temps, un caractère vague et quasi infantile. D'autres fois, et cela plutôt au cours de la seconde enfance, ce sont des délits mieux différenciés, nettement caractérisés, et fort semblables à ceux que commettent les épileptiques adultes.

Dans le premier cas, l'enfant dans sa rage, s'en prend inconsciemment et indistinctement aux objets et aux personnes qui l'entourent, exceptionnellement à lui-même.

Il déchire et met en lambeaux ses vêtements; casse et brise les meubles, ses jouets et ses objets de travail.

Le jeune T..., observation de Féré (n° 33), épileptique reconnu se trouvait à la campagne chez un oncle qui avait un fils de même âge que lui. Il se portait parfaitement bien, jouait comme d'ordinaire et rien chez lui ne faisait soupçonner qu'il pût survenir rien de particulier, bien que l'enfant n'ait pris aucune dose de bromure depuis son départ de Paris. Vers deux heures de l'après-

midi, le petit malade était entré dans la chambre de son cousin : au bout d'une demi-heure, ne le voyant pas revenir on voulut voir ce qui se passait. On le trouva rampant et étendu au milieu de la chambre, la bouche souillée d'écume sanguinolente et les vêtements inondés d'urine : il était couché au milieu de débris de jouets et de livres appartenant à son cousin. Lorsqu'il fut sorti de sa stupeur et qu'on lui demanda ce qui était arrivé, comment et pourquoi il avait tout brisé autour de lui, il regarda de tous côtés, comme pour se convaincre que ce ne pouvait être que lui le coupable, puis il répondit : « Il a arraché la queue de mon cheval. »

Si l'enfant est à la maison il brutalise ses frères et sœurs, les bat, les griffe. S'il est à l'école, c'est contre ses camarades que se porte sa fureur aveugle. Sans que ceux-ci l'aient provoqué en aucune façon, il leur donne des coups de pied, leur jette des pierres et du gravier, leur tire les cheveux, déchire leurs vêtements.

Un de nos enfants (obs. n° 4) piquait ses voisins avec des aiguilles à enfiler des perles ; et à la maison, il brûlait son jeune frère avec un fer, qu'il avait fait rougir à cette intention.

D'autres fois, c'est contre les animaux domestiques qu'ils s'en prennent. Ce sont des chiens et des chats qu'ils maltraitent et martyrisent.

Ils se rendent insupportables à leurs camarades, ce qui cause leur renvoi des écoles. Ils sont placés ailleurs ; ils se font de nouveau renvoyer. Lorsque les parents sont soucieux, ou qu'on leur suggère cette idée, ils se décident à prendre l'avis d'un médecin (sept jeunes

malades sont ainsi venus à la consultation de M. Voisin, dont 3 sur le conseil, ou avec des certificats émanant des autorités scolaires).

Les divers actes délictueux, et impulsions, peuvent survenir comme épiphénomènes au cours d'un accès maniaque ; ou au contraire par leur importance sur les autres symptômes, prendre le premier plan, et à eux tout seuls, devenir la manifestation unique du trouble mental.

Un chapitre spécial sera plus loin consacré à l'étude de ces diverses impulsions et actes délictueux.

ACCÈS DE MANIE AIGUE DE LONGUE DURÉE. — Voir les observations 23 et 26. Le cas observé par Audry est un exemple si typique, que nous lui empruntons cette description :

Un jeune comitial entre soudain dans une fureur extraordinaire. Ses mouvements, d'une violence, d'une force, d'un décousu inouï il les met au service d'une rage de destruction. Il s'en prend à tout ce qui est à sa portée.

Les objets, il les brise, les casse ; ses vêtements, il les déchire, les met en lambeaux, se servant comme outils de ses mains, de ses pieds et de ses dents. Il se jette sur les personnes qui l'entourent, essaie de les mordre, de les griffer, de les étrangler. On a beaucoup de peine à lui arracher sa victime, sur laquelle il s'acharne, tellement grande et anormale est sa puissance musculaire.

Si on lui met la camisole de force, les mouvements que permet cette contention continuent à s'exécuter avec la même violence et la même force.

Le tronc est soulevé par des soubresauts au-dessus du lit, les membres se crispent et la tête est agitée avec frénésie dans tous les sens. Ses mains ne peuvent satisfaire à la rage de destruction. Il mord tout ce qu'il trouve devant lui, ses draps, le haut de son vêtement. Voit-il un objet quelconque, une main passer à portée de ses dents, il essaye de la mordre.

La face est vultueuse, couverte de sueur ; les yeux sont brillants et hagards.

L'enfant reste silencieux, ou pousse soudain, et d'une voix rauque, quelque cri à peine articulé.

Il perd les urines et les matières fécales.

La température centrale, si l'état maniaque se prolonge, peut monter.

La durée de l'accès est fort longue, plus de vingt-quatre heures, quelquefois.

Dans le cas d'Audry, la fureur alternait avec des périodes de coma profond ; la durée des périodes maniaques variait, mais, à certains moments, ces dernières étaient subintrantes, et se succédaient sans interruption. La moyenne était de vingt minutes.

L'auteur a aussi remarqué que la vue était conservée, qu'il ne paraissait pas exister d'hypéresthésie visuelle particulière pour les objets brillants. Les hallucinations semblaient faire défaut. Il existait de l'anesthésie des téguments. La température rectale, prise pendant un moment de repos, fut trouvée normale.

Cette observation, où les accès de fureur successifs et quelquefois subintrants remplacent une série d'attaque convulsive, est un exemple typique mais rare, chez les

enfants, du grand mal intellectuel des épileptiques adultes.

Dans l'observation de West (N° 21) l'agitation paraît moins violente, moins meurtrière. L'enfant se contentait d'abîmer les objets et de se masturber. Par contre, elle dura avec des intermittences d'exacerbations et de rémissions, pendant deux mois consécutifs.

Nous voici arrivé, en passant par des termes de gradation croissante, au type clinique le plus violent, le plus saisissant et le plus effrayant de la manie épileptique, ajoutons aussi la plus rare chez les enfants.

Cette observation d'Audry n'est-elle pas en tous points semblable à ces cas de manie furieuse, décrits et connus depuis de longues années, classiques depuis Morel, et observés depuis l'antiquité grecque, puisque le grand poète tragique, Euripide, peut-être sans se douter de la nature de la folie mise en scène dans son œuvre, en donne dans son *Hercule furieux*, une description admirable par l'exactitude clinique, et émouvante, par sa valeur littéraire et dramatique.

IMPULSIONS ET ACTES DÉLICTUEUX DES ENFANTS ÉPILEPTIQUES

Vagabondage, fugue. — Nous en avons relevé quatre cas (obs 5, 8, 22).

Au lieu de décrire, nous découpons une partie de l'observation 5.

Joseph C..., âgé de 11 ans, vagabonde loin du lieu où il habite. Il a été souvent reconduit chez ses parents, par un agent de la police. Il ne se souvient jamais, ni du chemin parcouru, ni des actes qu'il a faits pendant son absence. On ne peut le corriger ni par la violence, ni par la douceur. Sa mère a remarqué que les fugues surviennent après un vertige.

On a été obligé de le chercher jusqu'à 32 fois dans une année chez le commissaire de police le malade de Leidesdorf (Obs. 22).

La promenade peut être plus ou moins longue. La fugue peut se produire avant ou après une attaque convulsive, après un vertige, comme dans le premier cas cité, ou être un équivalent psychique comme dans le deuxième, où il survenait après un simple mal de tête ; mais toujours durant sa fugue, le malade est dans un état second, ce qui fait que, revenu dans un état premier et habituel, il ne se souvient plus des actes commis pendant son vagabondage pathologique.

Le vagabondage inconscient et les fugues des enfants ressemblent en somme, presque entièrement, à l'automatisme ambulateur des adultes.

C'est même une des impulsions observées le plus fréquemment dans le jeune âge.

Épilepsie procursive.— Nous ouvrons ici une parenthèse pour dire un mot de l'épilepsie procursive, forme atypique de la névrose, presque essentiellement juvénile.

Quoique rangée par la plupart des auteurs dans la catégorie des équivalents moteurs, elle est formée d'une suite d'actes si bien coordonnés, et elle a tellement de points de ressemblance avec certains cas d'automatisme ambulateur, que nous croyons devoir la mentionner à côté des fugues et du vagabondage,

Connue dès la plus haute antiquité, elle a été réétudiée, ces dernières années, par de nombreux auteurs : (Bourneville et Bricon (1), Ladame (2), Lemoine et Delbreil (3), Mairet (4).

La crise consiste essentiellement à courir, le plus habituellement en avant et en ligne droite ; exceptionnellement, suivant une ligne à peu près circulaire. (Cette forme a été décrite par Mingazzini (5) et par Schuster et Mendel (6).

(1) BOURNEVILLE ET BRICON. — De l'épilepsie procursive. *Arch. de neurologie* 1887, t. XIII, p. 321 ; t. XIV, p. 55 ; 1888, t. XV, p. 75, 227, 379, t. XVI, p. 234, 420.

(2) LADAME. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1889 Janvier.

(3) DELBREIL. — De l'épilepsie procursive. *th. Lille*, 1889.

(4) MAIRET. — De l'épilepsie procursive. *Revue de médecine* t. IX, 1889, p. 147, 641, 741.

(5) MINGAZZINI. — Sui fenomeni circuncursivi e rotatori dell' epilessia. *Riv di freniatria e di med. leg.*, vol. XX, fasc III-IV 1894, p. 361.

(6) SCHUSTER ET MENDEL. — *Munch. med. Wochenschr*, 1880, p. 918.

« Toutes ces différentes variétés, écrit Chaslin (1), ne me paraissent pas avoir une grande importance ; et en tout cas, jusqu'à présent, la distinction de ces accès avec les autres vulgaires, ne me semble pas d'une grande portée ; nous ne savons pas pourquoi ils se présentent plus fréquemment dans l'enfance ; nous ignorons également s'ils ont une signification particulière. La place de la course dans l'accès est variable : tantôt elle constitue l'aura, ou première phase de l'accès qui se montre ensuite, ou bien elle constitue tout l'accès, ou enfin elle le termine.

Le patient tombe en proie aux convulsions, se relevant pour courir (Gullerre).

En tout cas, la course, comme le dit Mairet (2), est rapide, précipitée et absolument impulsive. La durée est variable, sa terminaison ordinairement brusque. Vis-à-vis des obstacles, la manière d'agir est variable, tantôt le malade les contourne ou les franchit, tantôt il s'arrête, les saisit, s'enroule autour d'eux ou s'arrête devant eux et se met à sauter, ou bien il se retourne, ou encore se précipite sur eux. Ces différentes manières de se comporter peuvent aussi se rencontrer chez le même malade.

Pendant la course, la conscience est abolie ou à l'état rudimentaire, ou même relativement conservée sans souvenir après l'accès), ce qui est un acheminement vers l'accès ambulateur (fugues).

Mairet remarque encore que le cri, dans l'épilepsie

(1) CHASLIN. — Article épilepsie. *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher, Marfan Comby) tome IV, page 528.

(2) MAIRET. — *loc. cit.*

procurive, est « souvent prolongé et peut être constitué par une série de cris successifs ». L'épilepsie peut quelquefois débiter par cette variété d'accès qui se présentent d'abord isolés ; puis cette épilepsie procurive varie peu à peu d'allures avec l'âge, alternant plus ou moins avec les accès convulsifs plus classiques, dans lesquels elle peut finir par se transformer et se perdre. »

Une des observations de West, N° 21 relate un accès d'épilepsie procurive.

Il s'agit d'un enfant âgé de 6 ans qui, après une attaque d'épilepsie, fut mené se promener dans un parc.

Il rentra à la maison très agité, se mit à tourner en rond, renversant les objets, sans tomber lui-même et sans avoir d'attaque. Il s'agissait d'une épilepsie procurive post-convulsive.

Impulsions à voler.— Le même Jules J... (Obs. 1) a eu, pendant 15 jours consécutifs, des impulsions à voler à la devanture des magasins, notamment du pain et du beurre. Il ne prenait jamais de friandises, et ne mangeait jamais, du reste, ce qu'il enlevait, étant suffisamment nourri par ses parents mais il en bourrait ses poches.

A son retour à la maison, ses parents remarquent le larcin et l'interrogent. Il répond qu'il ne se souvient pas d'avoir pris quelque chose, il ne sait pas pourquoi il l'a fait, que c'était plus fort que lui. On l'a corrigé. Durant quinze jours consécutifs, il a continué à voler ; puis, brusquement, il ne l'a plus jamais fait.

On relève, dans cette observation, tous les caractères habituels des impulsions épileptiques : L'amnésie. L'inutilité de l'acte.

L'enfant était bien nourri chez lui, du reste il ne prenait pas de friandises par simple gourmandise, mais il mettait la main sur du pain et du beurre, qu'il plaçait dans ses poches, et auxquels il ne touchait plus.

L'enfant était honnête d'habitude. Pendant quinze jours il vole, puis ne le fait jamais plus.

Nous avons également relevé des impulsions à voler, dans les observations 3, 22 et 31.

Impulsions à mettre le feu.— Nous avons trois cas où l'excitation psychique se révèle par une impulsion à mettre le feu.

La mère du jeune Jules J... (obs. 1) âgé de 8 ans, nous raconte que le feu semble l'attirer, l'hypnotiser. Il a essayé trois fois de mettre le feu à la maison de ses parents.

Louis M... 9 ans et demi (obs. 4) se met soudainement à pleurer, urine dans son pantalon, ronfle pendant quelques instants, puis s'endort. Au réveil, il reste hébété, ou bien au contraire, il est de mauvaise humeur, et fait soudainement quelque méchanceté: tantôt il bat son jeune frère; tantôt il essaye de briser les objets; enfin quelquefois il tente de mettre le feu à la maison.

Dans l'observation du N° 22 de Leidesdorf, J... Franz, 11 ans, met une fois le feu à la maison; une autre fois, on réussit à l'éteindre, une troisième fois, on l'arrête au moment où il allumait l'incendie.

Avant de se livrer à ces actes, il se plaint de violents maux de tête, après, il ne se souvient plus de rien.

Dans la première observation, il semblerait que la vue

du feu eût une attraction morbide pour le jeune Jules ; elle agit comme agent de l'impulsion à incendier. Ce serait une espèce de réflexe psychique pathologique.

Les deux dernières observations sont des types assez nets d'équivalents psychiques, avec adjonction de quelques phénomènes somatiques ordinaires d'épilepsie.

Chez l'un, urination involontaire, respiration stertoreuse et somnolence précèdent l'impulsion ; chez l'autre c'est un violent mal de tête.

L'annésie, l'acte une fois accompli, est un symptôme qui se trouve dans l'observation de J. Franz.

Impulsions à faire des actes incongrus. —

Ici encore, ce qui caractérise l'acte, ce n'est pas tant sa nature que l'opposition se révélant en elle, et la manière d'être habituelle de l'enfant.

Nous avons relevé des impulsions de cet ordre dans trois observations.

Dans la première (obs. 1) le même jeune Jules J... se conduisait sans aucune retenue ; il se déculottait en classe devant les petites filles.

L'observation 20, de West, nous décrit l'histoire d'un enfant de 9 ans, admis à l'hôpital pour épilepsie, et qu'on a dû renvoyer, en raison du fait suivant :

Quand une chose lui déplaisait, il se déshabillait complètement, puis se promenait nu dans la chambre. Cependant, en dehors de cela, c'était un enfant parfaitement bien élevé.

Dans l'observation N° 24, recueillie dans la thèse de Vivier, l'acte est encore plus curieux et plus rare. Il

semblerait, en effet, que l'impulsion à uriner fût le début de la crise épileptique. Ce serait une aura psychique.

Il s'agit d'un jeune épileptique, qui aurait gâté jusqu'à l'âge de 8 ans. Plus tard, il avait des envies d'uriner, auxquelles il ne pouvait résister, et qui ressemblaient à de véritables impulsions. Premiers accès officiels d'épilepsie à 13 ans.

Une particularité à noter, dans ces accès, c'est qu'ils sont souvent précédés d'une envie d'uriner, qu'il cherche à satisfaire n'importe où. Dans l'accès qui le prit, alors qu'il était pâtissier, il commença par uriner contre sa patronne. Dans un autre accès, qu'il eut à l'Enfant Jésus, il urina dans la bouche d'un enfant.

Cette observation ne ressemble-t-elle pas beaucoup à une de Legrand du Saulle (1) ? « Dans un compartiment de 1^{re} classe, huit personnes voyageaient sur la ligne de l'Ouest. Un quart d'heure avant d'arriver à Paris, un homme d'une quarantaine d'années se lève tout à coup, vide ses poches, dépose sa montre dans son chapeau, jette ses lunettes par la portière, et urine sur les genoux d'une petite fille, puis il se rassied sans avoir l'air de comprendre l'indignation, les reproches, les menaces et même les violences des autres voyageurs. »

Impulsions à l'homicide. — Les enfants d'un certain âge peuvent avoir des impulsions à l'homicide. Nous avons relevé le fait dans les observations 22, 24, 26 et 30.

(1) LEGRAND DU SAULLE. — *loc-cit.*

Dans l'observation 24, il n'y a ni amnésie, ni inconscience. Interrogé pourquoi il menaçait de tuer à coups de tranchet, sa sœur plus jeune que lui, le malade, âgé de plus de 13 ans, répond qu'il ne sait pas, que c'était « malgré lui ».

Aussi peut-on se demander si cette impulsion morbide quoique survenant chez un épileptique, est bien elle-même de nature comitiale.

Dans l'observation de Leidesdorf, n° 22, le fait paraît être bien d'essence épileptique. Le patient a menacé de tuer une fois sa mère, une fois une jeune fille avec un couteau. Avant l'accès, il se plaint de violents maux de tête. Après les crises, il ne se souvient de rien.

Mais y a-t-il eu simplement menace ou tentative non suivie de résultats ? L'auteur ne le dit pas.

Le fait suivant est la seule tentative bien caractérisée d'homicide que nous ayons relevée.

Le malade d'Audry, au début de sa grande crise de manie furieuse, essaya d'étrangler un enfant dans ses bras. On eut beaucoup de peine à délivrer sa victime terrifiée.

Impulsions au suicide.— Ici, nous n'avons relevé que des menaces :

Le n° 30 (Vivier, épileptique avéré, menaçait de se suicider.

Le n° 24 (Vivier), ce même malade qui menaçait de tuer sa sœur à coups de tranchet et de revolver, a menacé de se suicider dans les conditions suivantes :

Parti de chez ses parents sans qu'on sache pourquoi, son père se met à sa poursuite, le rattrape et lui demande la cause de sa fuite ; il répond qu'il allait se tuer.

Chez les deux malades, on peut se demander s'il s'agit simplement de menaces ou de tentatives ayant avorté. Sont-ce des impulsions morbides, survenant chez des épileptiques, ou des impulsions d'essence comitiale ?

Impulsions diverses.— Charlotte L... (Obs. 7), le matin qui suivait une attaque d'épilepsie nocturne, avait la manie de se disputer, sans cause apparente, avec ses compagnes d'atelier.

La petite Rosa P., huit ans (Obs. 10), actuellement dans le service a des crises soudaines de soliloque. Elle cause toute seule et à haute voix ; et cependant elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Elle paraît inconsciente.

Le jeune H... (Obs. 17), âgé de 7 ans, vertigineux, est un excentrique. Il se met soudain à marcher sur les mains.

Marthe D... (Obs. 14), est également une excentrique ; mais l'observation n'en dit pas plus long sur son état.

André M..., (Obs. 15), 14 ans, épileptique avéré, est par intervalles capricieux et cruel.

Caractères généraux des impulsions et actes délictueux des jeunes épileptiques. — Ces actes peuvent se rencontrer à l'état isolé, et à eux

seuls peut se borner toute manifestation du paroxysme mental : ce sont alors des équivalents psychiques autonomes.

Le plus souvent, ils se trouvent associés à d'autres symptômes mentaux d'épilepsie. Dans ce cas, ils constituent un épiphénomène, au cours d'un accès de grand ou de petit mal intellectuel.

Ils ont tous les caractères habituels des paroxysmes psychiques comitiaux.

Leur début est soudain, et sans cause apparente. L'acte est inutile, le plus souvent nuisible et violent. La fin est non moins brusque que le début.

Le malade ne se rappelle plus, une fois revenu à son état normal, de l'acte qu'il vient de commettre.

Ils peuvent survenir avant ou après des attaques convulsives, après de l'épilepsie nocturne, souvent après un vertige ou une absence. D'autres fois, ce sont des équivalents psychiques.

Si on se donne la peine de les chercher, on retrouve presque toujours des symptômes somatiques ordinaires d'épilepsie, précédant, suivant, ou se produisant au cours de l'impulsion, tels que vertige, absence, incontinence sphinctérienne, migraine, lassitude, vomissements, sommeil.

Chez un même malade, les impulsions ont une tendance à récidiver, à des intervalles plus ou moins éloignés, et l'on n'observe que rarement des cas d'impulsion unique.

Elles ne s'excluent pas l'une l'autre, chez un même malade. Leur groupement est peut-être plus fréquent dans le jeune âge que dans l'âge adulte.

Dans l'observation n° 1, nous rencontrons une association d'impulsions multiples à voler, à mettre le feu, à commettre des inconvenances.

Dans celle de Leidesdorf, nous voyons un groupement de fugues, de pyromanie, de kleptomanie et de tentatives d'homicide.

L'impulsion la plus fréquente chez les enfants paraît être la fugue ; surtout si l'on y ajoute les deux autres impulsions très rapprochées d'elle, l'épilepsie procursive et le somnambulisme ambulateur. Ce dernier, quoique souvent de nature hystérique, a été maintes fois relevé dans les antécédents juvéniles de comitiaux avérés.

Les impulsions à voler, à mettre le feu, à commettre des inconvenances, comme celles à l'onanisme, sont également assez fréquentes dans le jeune âge.

Les impulsions à l'homicide et suicide sont, au contraire, exceptionnelles. Elles paraissent être l'apanage de l'adolescence et de l'âge adulte.

Pour résumer, il semble que les caractères essentiels de ces paroxysmes psychiques chez les enfants soient : l'amnésie consécutive, leur durée éphémère, leur venue brusque et sans cause apparente, leur terminaison non moins soudaine, l'inutilité, l'illogisme, la violence, la cruauté qui président à leur action, leur aspect quasi-inconscient. Généralement ils coïncident avec les symptômes habituels de l'épilepsie (voir diagnostic).

Comme chez les adultes, ils sont souvent la traduction extérieure d'*hallucinations*, le plus souvent visuelles.

Voir les observations 18, 16, 27.

Un jeune épileptique de West, âgé de 10 ans (N° 18),

prononçait quelques paroles incohérentes qui avaient trait à quelque vision, bien qu'il fut toujours impossible de lui faire décrire les objets imaginés.

Le jeune M. (Obs. 16), observé par M. Voisin, eut sous ses yeux, d'abord un vertige, puis des hallucinations terrifiantes, cause probable de l'agitation violente qui s'en suivit.

Le malade de Delasiauve (Obs. 27) avait la vue tendue vers le ciel.

Il est malheureusement souvent bien difficile de se rendre compte, au milieu de l'agitation violente qui caractérise la crise psychique, si oui ou non les hallucinations existent.

ÉTIOLOGIE

Il est évident que ce n'est pas sans cause qu'un comitial, A par exemple, n'a que des paroxysmes convulsifs, tandis que son voisin B a des vertiges, ou que C a de l'épilepsie nocturne, avec, de temps en temps, des équivalents psychiques.

Mais, étant donné les moyens d'investigation actuels, ces causes sont impossibles à saisir ; et strictement parlant, il n'existe pas de lois étiologiques connues des psychoses épileptiques. Il n'en est pas moins vrai qu'on peut et qu'on doit examiner les règles de coïncidences.

Une première question se pose :

Dans quelle variété d'épilepsie rencontre-t-on les psychoses intermittentes ? Est-ce chez les grands convulsifs, chez les comitiaux nocturnes ou chez les vertigineux ?

Dans vingt-deux observations, où nous avons pu déterminer la nature des manifestations épileptiques, nous avons relevé les coïncidences suivantes :

Onze cas de psychoses intermittentes chez de grands convulsifs ; sept cas chez des vertigineux, et quatre chez des épileptiques nocturnes.

On voit par conséquent que le paroxysme psychique peut coïncider avec toutes les variétés d'épilepsie.

Quelquefois, la psychose paraît être l'unique symptôme. Dans ce cas, elle est fonction d'épilepsie larvée.

Grâce à son cachet spécial, il est possible d'émettre l'hypothèse de mal comitial. Seules, d'autres manifestations de même nature permettent de confirmer ce diagnostic.

— *Quel rapport existe-t-il entre le trouble psychique et les manifestations habituelles du mal comitial ?*

On a vu qu'Emminghaus classifiait les paroxysmes mentaux en proé-convulsifs, post-convulsifs, en équivalents psychiques et en paroxysmes se greffant sur des attaques en série.

Nous adoptons le principe de cette division ; mais, ne la croyant pas assez élastique et ne répondant assez à la variabilité énorme des cas cliniques, nous proposons la classification suivante :

Paroxysmes proé-convulsifs, l'attaque peut être diurne ou nocturne.

Paroxysmes post-convulsifs, l'attaque peut être diurne ou nocturne.

Paroxysmes venant après un vertige ou une absence.

Paroxysmes se greffant sur des attaques en série.

Équivalents psychiques d'une attaque isolée.

Paroxysmes psychiques d'une attaque en série.

Cette classification ne diffère de celle d'Emminghaus que par l'addition de deux nouvelles divisions. Dans l'une, le paroxysme psychique survient après un vertige ou une absence ; dans l'autre, une suite de paroxysmes subintrants deviennent l'équivalent d'une attaque en série.

Lorsque le trouble mental se produit après une

absence ou un vertige, il n'est pas tout à fait exact de dire qu'il est l'équivalent psychique d'une attaque motrice, mais plutôt qu'il remplace la période convulsive proprement dite. C'est un spasme plus compliqué, dû sans doute à l'excitation réactive de départements cérébraux, présidant à des fonctions plus élevées, mais un spasme psychique survenant après un vertige.

Dans certaines observations, où les paroxysmes psychiques sont si rapprochés qu'ils paraissent comme subintrants, et au cours desquels on ne voit pas trace de phénomènes épileptiques ordinaires, chaque paroxysme séparé étant l'équivalent d'une attaque convulsive isolée, il paraît logique d'admettre que l'ensemble de ces paroxysmes devient l'équivalent d'attaques convulsives en série.

La fréquence relative de ces divers rapports est fort difficile à établir, parce que, chez un même malade, ce rapport peut varier d'une attaque à une autre.

Par exemple, un individu sera atteint une fois d'un paroxysme pré-convulsif, quelque temps après il aura un équivalent psychique.

DES PAROXYSMES PSYCHIQUES PRÉ-CONVULSIFS ont été relevés dans les observations 24, 25 et 32.

Dans l'observation 24, le paroxysme, qui consistait en une impulsion irrésistible à uriner en n'importe quel lieu, précédait immédiatement une crise ordinaire d'épilepsie. C'est un exemple d'aura psychique.

Il en est même dans l'observation de Féré (Obs. 32). Dans ce cas, elle consistait en une modification pénible des senti-

ments affectifs. Un jeune garçon éprouve tout à coup une répulsion pour les personnes et les objets qui lui sont chers et inversement, repulsion dont il se rend parfaitement compte et qu'il exprime en disant : « Je change de cœur. » Souvent ce sentiment ne va pas jusqu'à une modification de conduite, alors l'accès épileptique ne se produit pas. Lorsque, au contraire, l'enfant est poussé à des actes violents, ce qui arrive généralement au bout de dix minutes ou un quart d'heure, il perd connaissance et des convulsions se produisent souvent avec intention involontaire.

Meyer, dans l'observation 25, dit avoir vu un écolier se lever soudainement la nuit, parcourir le dortoir, et, pris d'une fureur subite, menacer ceux qui voulaient l'arrêter. On le ramène avec peine dans son lit; il est alors saisi par une forte attaque de haut mal.

DES EXEMPLES DE PAROXYSMES POST-CONVULSIFS EXISTENT dans les observations 4 et 30.

Dans ce cas, l'attaque convulsive peut être complète et typique, ou au contraire atténuée et abortive, comme dans l'observation 4, où elle se réduisait à une urtication involontaire, à une perte de connaissance suivie d'une période de stertor.

Le paroxysme peut aussi survenir après une attaque nocturne et souvent ignorée. Dans ce cas il est constitué soit par des symptômes d'épuisement psychique, tels que torpeur intellectuelle, lassitude, hébétéité (obs. 2), soit par des phénomènes d'excitation, d'irritabilité du caractère, colères, impulsions. — Charlotte L... obs. 16.

après une attaque nocturne éprouvait le lendemain matin un besoin impulsif de se disputer avec ses camarades d'atelier. — On remarque en plus de l'incontinence nocturne des urines, de la salivation sanguinolente sur l'oreiller de l'enfant, des traces de morsure de la langue et des pétéchies conjonctivales. A

DES PAROXYSMES POST-VERTIGINEUX ONT ÉTÉ OBSERVÉS AU COURS DES OBSERVATIONS 5, 22, 26.

En voici un exemple, vu par M. Voisin. Le jeune Marcel B..., 7 ans, est amené à la consultation de la Salpêtrière. Pendant son interrogatoire, il est pris brusquement d'un vertige, suivi immédiatement par des troubles cérébraux caractérisés par de l'agitation et des hallucinations visuelles. — Au bout d'un quart d'heure, l'enfant se calme, ne se souvenant pas de ce qui s'est passé.

LE PAROXYSMES PSYCHIQUE EST L'ÉQUIVALENT D'UNE ATTAQUE MOTRICE ISOLÉE. Voir les observations 6, 19, 31.

Dans la majorité des cas, on observe quelques symptômes somatiques d'épilepsie, tels que pâleur subite de la face, souvent suivie de rougeur, urination involontaire, vomissements, migraine, somnolence, phénomènes qui donnent à l'accès le caractère matériel de la névrose.

Le paroxysme est bien un équivalent psychique d'une attaque motrice.

Les observations 6 et 22 en sont des exemples typiques.

Le jeune Charles M... (obs. 6) est d'habitude doux et tranquille; puis, tout à coup, sans motif apparent, son

caractère change. Il se met en colère, crie, tape, casse les objets qui peuvent lui tomber sous la main, ou bien il met ses vêtements en lambeaux. Cet état dure quinze minutes environ, quelquefois plus, quelquefois moins. Avant sa colère, l'enfant pâlit, et après il se sent très faible et courbaturé. — Il se plaint d'avoir mal à la tête. Il a la respiration fréquente et forte. Enfin il s'assoupit ou s'endort pendant un quart d'heure.

Les symptômes qui précèdent et suivent les crises de colère, chez le jeune Charles, donnent bien à l'ensemble un caractère nettement épileptique.

Chez le malade de Leidesdorf, (obs. 22, les troubles somatiques sont un peu moins marqués. Ils se réduisent à un fort mal de tête, qui régulièrement précède les crises de colère, les fugues ou les impulsions au vol, à l'incendie et à l'homicide que commet cet enfant.

Audry (obs. 26) a noté de l'analgésie et une anesthésie complète.

PAROXYSMES SE GREFFANT SUR DES ATTAQUES EN SÉRIE. — L'observation d'Emminghaus en est un exemple assez typique.

Simon J..., âgé de 8 ans (Obs. 23), épileptique depuis sa première année, n'a pas présenté jusqu'à présent de troubles intellectuels.

En mai 1885, les attaques épileptiques se rapprochent (il en avait jusqu'à 28 en 24 heures). On l'amène à la clinique, en proie à une violente agitation. Il crie, hurle et chante toute la journée, se promène en rond, sans qu'on puisse le retenir. Il saute sur les meubles, ne

répond pas quand on l'appelle, etc. etc. L'observation peut se résumer ainsi : Chez un épileptique, les crises se rapprochent jusqu'à devenir sérielles. Pendant 24 heures les paroxysmes sont moteurs, ensuite, ils deviennent psychiques.

Emminghaus a donc eu raison d'écrire que les seconds se greffaient sur les premiers.

LE PAROXYSMES EST L'ÉQUIVALENT PSYCHIQUE D'UNE ATTAQUE SÉRIELLE. — Voir les observations 8 et 26. Cet état correspond au grand mal intellectuel de l'adulte.

L'observation d'Audry (Obs. 26) déjà résumée à propos des accès de manie aiguë de longue durée, en est un exemple. Ce paroxysme a duré plus de vingt-quatre heures.

Dans l'observation de West N° 21, le paroxysme moins violent a duré plus de deux mois.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de se rendre compte de la *fréquence relative de ces paroxysmes psychiques épileptiques, par rapport aux troubles mentaux de l'enfance.*

En compulsant, à la Salpêtrière, le cahier des consultations externes du samedi; des années 1900-1901; 1901-1902; 1902-1903; 1903-1904, sur un total de 54 enfants anormaux venus pour des troubles du caractère ou de l'intelligence, insupportables chez eux, cause du scandale à l'école, avec perversité des instincts et affaiblissement intellectuel nous avons relevé :

Débilité mentale simple.....	22 cas
Troubles mentaux avec hystérie.....	12 cas
Troubles mentaux avec chorée.....	3 cas
Hébéphrénie.....	1 cas
Total des troubles mentaux non épileptiques...	38 cas
Dégénérés avec paroxysmes psychiques épileptiques	16 cas

D'après ce tableau, il y aurait donc un pourcentage de 29 cas de paroxysmes psychiques épileptiques, pour 100 de troubles mentaux d'une autre nature.

Ce pourcentage relativement élevé a de l'intérêt, surtout à l'heure présente, où, sur l'initiative du Ministre de l'Instruction Publique, une commission spéciale a été nommée pour étudier la question des enfants anormaux, et des écoles ou asiles à créer à leur usage.

Etablira-t-on des maisons où seront placés pêle-mêle tous les jeunes débiles et dégénérés, ou créera-t-on des établissements spécialisés, destinés à conter-ir chacun des malades atteints de trouble mental de même nature ?

Dans ce dernier cas, il sera fort utile et même nécessaire de connaître, en plus de la proportion des enfants anormaux par rapport à ceux sains d'esprit, le coefficient réciproque de chaque maladie.

Nous faisons deux restrictions à la valeur de cette statistique.

1^o Parce que la plupart d'entre ces malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on soit suffisamment certain de la rigueur absolue du diagnostic. Errare humanum est

2^o Parce que M. Voisin étant à la Salpêtrière chef de

deux sections spéciales pour épileptiques, l'une pour femmes adultes, l'autre pour petites filles, il est probable que pour cette raison même, on lui envoie à sa consultation des malades que les familles ou les médecins présumement être atteints de mal comitial.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

La plupart des malades, dont les observations sont exposées ici, n'ont malheureusement pas été suivis assez longtemps pour qu'il soit possible d'en tirer des notions nettes sur l'évolution et le pronostic de leur psychose.

Des quelques-uns, dont l'histoire est plus complète, il semble se dégager les considérations suivantes :

Dans quelques cas, les troubles psychiques sont les premiers symptômes visibles d'épilepsie. Puis, ultérieurement, apparaissent, et cela quelquefois à des intervalles très éloignés, des attaques banales d'épilepsie vulgaire.

C'est ce qu'on observe chez le malade de Legrand du Saulle (Obs. 31).

Vers l'âge de 8 ans, l'attention de la famille fut attirée par des paroxysmes psychiques, consistant en colère furieuse, en impulsions diverses (vol, fugue). Un traitement bromuré semble améliorer le trouble mental. Vers la 20^e année, alors que le malade faisait son service militaire, la névrose réapparaît sous forme de haut mal, ce qui cause la mise à la réforme du jeune soldat.

Charlotte L... (7) a eu dans son enfance des attaques d'épilepsie nocturne, qui se révélaient aux yeux de

l'entourage par des bizarreries du caractère, comme par exemple la manie de se disputer avec ses compagnes d'atelier. Vers l'âge de 15 ans, la névrose devient diurne. A chaque période menstruelle, apparaît une grande attaque d'épilepsie. Charlotte est en ce moment à la Salpêtrière.

Marie G... (obs. 2) présente un mode identique d'évolution. Dans son jeune âge, elle avait des troubles mentaux ; elle était par moments bizarre, turbulente, jalouse. A douze ans et demi, première attaque convulsive ; à 15 ans, crise comitiale à chaque menstrue.

D'autres fois, le trouble mental se greffe sur une épilepsie confirmée et en évolution.

Le malade de West (obs. 18) a eu des convulsions généralisées vers l'âge de 8 ans ; puis surviennent des accès d'excitation maniaque étrange ; quelques mois plus tard, des attaques classiques de haut mal.

La manie furieuse d'Audry (obs. 26) paraît être également survenue sur une épilepsie avérée.

Ainsi donc, deux modes d'évolution : ou bien la psychose est le premier symptôme apparent d'une épilepsie larvée et encore méconnue, ou bien la psychose survient comme épiphénomène, au cours d'une épilepsie confirmée.

De ces notions, on peut tirer les considérations pronostiques suivantes :

Le paroxysme psychique étant un épisode dans la vie d'un comitial, le pronostic *quoad vitam* se trouve lié à celui de l'épilepsie en général. Avec cette circonstance

aggravante cependant : c'est qu'au point de vue social, le pronostic est bien plus sombre.

Un épileptique, atteint du haut ou du petit mal vulgaire, c'est-à-dire sans psychose surajoutée, a une attaque de temps en temps. Les quelques jours ou les quelques heures qui la précèdent ou la suivent, il peut être plus ou moins incapable de travailler, avoir besoin de garder la chambre ou le lit ; mais dans les intervalles, il est apte à vaquer à ses affaires.

On connaît des épileptiques, et les exemples sont trop classiques pour mériter d'être cités, qui, au point de leur valeur sociale, étaient encore des individus utiles, et qui loin de coûter, contribuaient largement pour leur quote-part personnelle, au maintien de la Chose Publique.

Il n'en est malheureusement pas de même pour les malades atteints de troubles mentaux (je ne parle pas des débiles intellectuels, ni des déments chroniques, mais de ceux atteints de psychoses intercurrentes). Ils deviennent, hélas, bientôt des déclassés.

Pour les enfants, notamment, ils sont à charge à leurs parents, on ne les tolère plus dans les écoles, on les renvoie même quelquefois des hôpitaux non spécialisés (tel le malade de West).

Que deviennent-ils ? S'ils ne sont pas placés dans des asiles publics ou privés, dans des colonies spéciales dont le nombre est bien déficient, ils vont augmenter la troupe toujours grossissante des déclassés, des outlaws, des parias sociaux, par le mécanisme suivant.

Non seulement, ils tombent en conflit avec les autorités publiques, à cause de la forme même que revêt leur mala-

die (vol, incendiarisme, vagabondage, criminalité, incongruité) ; mais encore, comme ils n'ont reçu ni l'éducation morale, ni l'instruction intellectuelle données habituellement aux enfants de la même catégorie sociale, ils deviennent forcément incapables de subvenir à leurs besoins, par des moyens réguliers, légaux et honnêtes, et sont contraints de se rabattre sur les voies irrégulière, illégales et malhonnêtes. Il se lie avec la bande des déclassés, végétant dans le bas-fond social, ce milieu de culture si favorable à la criminalité.

D'où il résulte que, en plus de leurs délits inconscients et automatiques, ces comitiaux commettent aussi des méfaits et des crimes prémédités et voulus, les premiers ayant pour cause directe leur maladie cérébrale, les seconds étant la faute indirecte de notre société actuelle qui ne s'occupe pas assez de soulager leur faiblesse physique et morale. Au point de vue de la criminalité, ces jeunes épileptiques à paroxysmes mentaux deviendront donc des individus *minoris resistentiæ*. C'est parmi eux que se recrutent une partie des délinquants juvéniles. Ils échouent dans les maisons de correction et plus tard, dans les prisons, dans les bataillons d'Afrique ou les bagnes.

M. Voisin et M. Garnier ont eu souvent occasion de les découvrir, au milieu des hôtes de la Conciergerie, dont ils sont les médecins.

Pactet et Colin (1) viennent de publier un livre fort original sur ce sujet si intéressant de pathologie sociale.

(1) PACTET ET COLIN. — Les aliénés devant la justice.

— 4 — Les aliénés dans les prisons, 1902.

DIAGNOSTIC

1^o **Diagnostic positif.** — La question du diagnostic se présente de deux façons différentes, selon que le paroxysme psychique se produit comme épiphénomène chez un enfant, dont la névrose est déjà diagnostiquée, ou selon qu'il survient comme symptôme en apparence isolée, chez un malade dont l'épilepsie est encore larvée et n'est pas encore reconnue.

Dans le premier cas, le diagnostic s'impose à l'esprit. On a une tendance toute naturelle à rattacher la psychose au mal comitial, tendance quelquefois même trop hâtive car, toute psychose survenant chez un épileptique n'est pas ipso facto de nature comitiale.

On sait maintenant que des délires tenant de l'hystérie (Charcot) et d'autres tenant à la dégénérescence mentale (Magnan) peuvent coexister avec le morbus sacer.

Dans le deuxième cas, le diagnostic est beaucoup plus délicat. Pour l'établir il faut réaliser trois conditions : α , étudier le paroxysme en lui-même ; β , rechercher les symptômes d'épilepsie mineure qui peuvent être greffés sur ce paroxysme ; γ , enfin fouiller les antécédents du malade, afin de dépister des traces de phénomènes épileptiques antérieurs.

α.— Sur quels symptômes se basera-t-on pour supposer qu'un trouble mental peut être de nature épileptique ?

Sur la soudaineté du début.

Sa venue sans cause qui puisse l'expliquer.

Sur la brusquerie de sa terminaison.

Sur l'amnésie consécutive.

Comme symptômes accessoires notons :

La contradiction maintes fois remarquée entre le paroxysme lui-même et le caractère habituel de l'enfant.

La ressemblance qu'ont entre eux les accès successifs.

La violence, l'inutilité et le décousu des actes commis pendant les paroxysmes.

Si l'on se trouve en présence d'une psychose réalisant les caractères sus mentionnés, on est en droit de penser qu'elle est probablement de nature épileptique. Mais pour étayer cette hypothèse et la convertir en certitude, il faut pousser plus loin les investigations.

β. — Il faut rechercher les symptômes somatiques habituels de la névrose, qui peuvent se montrer soit pendant, soit avant, soit après le délire.

Ces symptômes très nombreux sont les suivants :
Pâleur soudaine de la face, d'une durée de quelques secondes, bientôt suivie de rougeur — Absence — Vertige — Fixité du regard — Dilatation momentanée des pupilles — Mouvements spasmodiques quelconques, des yeux, de la bouche, de la tête, des membres et du corps en général — Spasmes des viscères, tels que hoquet, toux, vomissements — Perte involontaire des urines ou des matières fécales (très important) — pleurer spasmodique.

Phénomènes subjectifs tels que douleurs ou sensations diverses précédant régulièrement le paroxysme psychique (auras).

Symptômes d'épuisement généralement postérieurs au paroxysme, tels que migraine, lassitude, hébétude, besoin de sommeil, inaptitude au travail — mauvais état gastro-intestinal (Jules Voisin, (1).

7. — Restera enfin à rechercher dans les antécédents personnels du malade des symptômes antérieurs d'épilepsie.

On s'enquerra avec soin dans quelles conditions, s'est fait l'accouchement. Il est généralement admis que l'emploi du forceps, la présence de circulaires du cordon autour du cou du fœtus, sa naissance en état de mort apparente, peuvent être une des causes d'une épilepsie ultérieure, soit par une pression directe du cerveau, soit par stase sanguine et hémorragie cérébrale consécutive.

La plupart de ces symptômes épileptiques qui peuvent coïncider avec le trouble mental, et que nous venons de passer en revue au paragraphe précédent, se rencontrent également à l'état isolé. Ils doivent être recherchés avec soin dans les antécédents du malade. Pour ne pas nous répéter, nous les passons ici sous silence. Nous nous bor-

(1) Les antécédents héréditaires, directs ou collatéraux, chargés au point de vue névropathique, sont d'un intérêt spéculatif et n'aident pas à résoudre le problème du diagnostic spécial d'épilepsie, étant généralement communs à toutes les affections nerveuses et mentales. L'hérédité directe de l'épilepsie ne se rencontre que dans environ 10 % des cas (Jules Voisin). Ils doivent être cependant recherchés.

Les signes physiques de dégénérescence, malgré la parole célèbre de Lombroso « l'épilepsie est la laideur faite homme » ne peuvent non plus permettre d'émettre un diagnostic affirmatif et pour les mêmes raisons.

nerons à insister sur quelques symptômes comitiaux atypiques remarqués très fréquemment chez les enfants et ayant une réelle valeur au point de vue du diagnostic.

Les absences chez les enfants revêtent souvent une forme un peu spéciale. — Quelquefois l'enfant se met soudain, et d'une façon inconsciente, à marmotter quelques mots. Puis tout rentre dans l'ordre. C'est *l'épilepsie marmottante*, ou *muttering epilepsy* de Cheadle (1).

D'autres fois, il grimace, ou grince des dents. Très souvent l'absence se révèle aux yeux de l'entourage par la chute brusque d'un objet (cuillère, fourchette, crayon, jouet), que l'enfant tenait à la main, par un tic ou par la fixité soudaine du regard :

Secousses — La perte de connaissance n'a réellement pas lieu, l'enfant a ce que Herpin (2) a décrit sous le nom de secousses. Ces secousses peuvent se présenter isolées ou en séries. Elles sont consécutives à un traumatisme, à une piqure, à une émotion. Elles peuvent s'accompagner de phénomènes d'épuisement, comme les accès d'épilepsie ordinaire.

Les symptômes précédents sont admis par presque tous les auteurs, comme étant de nature vraiment épileptique, et ont, par conséquent, une valeur diagnostique très importante.

Les suivants, pouvant être, tantôt des phénomènes spasmodiques uniques au cours de l'existence des mala-

(1) CHEADLE.—Four cases of a peculiar epileptiform disease. *British med. journal* 1875, page 572.

(2) HERPIN. — Du diagnostic et du traitement de l'épilepsie. — Paris 1852, page 451.

des, tantôt des symptômes avant-coureurs d'une épilepsie future, n'ont au point de vue diagnostic qu'une moindre importance. Ils fournissent une hypothèse importante, non une certitude.

Convulsions. — On s'est toujours beaucoup préoccupé de l'avenir des convulsifs infantiles. De plus en plus, on tend à admettre, à l'heure actuelle, que si tous les éclamtiques ne deviennent pas par la suite des épileptiques, que du moins un large pourcentage de ces derniers ont eu des convulsions dans leur jeune âge. Dans nos observations personnelles, chez dix malades, nous avons relevé cinq fois des antécédents convulsifs.

Tic de Salaam. — *Spasmus nutans.* — Quelquefois, phénomène accessoire de convulsions infantiles, il est souvent de nature épileptique. « On peut dire que la plupart des enfants atteints du tic de Salaam sont des apprentis épileptiques. Les uns abandonnent la carrière, comme beaucoup de convulsifs du jeune âge, sauf à y revenir; quelques-uns s'arrêtent à ces ébau-

Le pourcentage des épileptiques ayant eu des convulsions dans leur première enfance varie avec les auteurs. Voici les principales statistiques :

1854, Moreau, de Tours, 18 o/o;

1890, Féré, 34 o/o;

1899, Marie, 70 à 80 o/o;

1904, Monod

{	convulsifs avérés 44 o/o;
	douteux, 25;
	non convulsifs, 30.

DUROU. — Considérations cliniques sur l'avenir des convulsifs infantiles. *Communication à la Société d'Neurologie*, 6 juil. 1899.

D'ESPINE. — La Convulsion chez l'enfant. Causes, symptômes, diagnostic. *Congrès français de médecine à Toulouse* 1902.

MONOD. — *Th. Paris* 1904. Contribution à l'étude des convulsifs infantiles. Cette thèse a été analysée dans la *Revue Mensuelle des Mal. de l'Enfance*. Nov. 1904.

ches ; d'autres enfin arrivent à leur complet développement ; mais les uns et les autres appartiennent à la corporation, aussi bien par leur origine que par la nature de leurs manifestations spasmodiques (1).

Le *faux croup*, au dire de Féré, peut également faire partie du complexe épileptique (2).

Il en est de même pour l'*Asthme thynique* ou *asthme de Kopp* ou *convulsions internes*. Sa parenté avec l'épilepsie a été admise par les auteurs anglais Sieveking, Reid, et en France par Valleix et Trousseau (3).

Les investigations devront enfin porter sur les symptômes nocturnes, sur ce que Trousseau a appelé l'*épilepsie nocturne*. Souvent, en effet, chez les enfants et cela pendant de nombreuses années, les accès se présentent la nuit, avant de se montrer pendant la journée (4).

Le diagnostic se fait par la constatation des séquelles, le lendemain matin après l'attaque. C'est généralement l'incontinence nocturne des urines qui attire tout d'abord l'attention. Cette incontinence a un cachet spécial. Elle survient à des intervalles plus ou moins éloignés ; non pas régulièrement chaque nuit. Elle est inconsciente. Elle coïncide avec des taches de salive sanguinolente sur l'oreiller ou le traversin, souvent avec des pétéchies ecchymotiques sur la conjonctive, enfin avec des traces de morsure de la langue.

(1) FÉRÉ. — Le Tic de Salaam, les salutations névropathiques. *Progrès Médical*, 1883, p. 970.

(2) *Id.* Les épilepsies et les épileptiques.

(3) JULES VOISIN. Épilepsie méconnue chez les écoliers. *Congrès d'assistance d'Edimbourg*, août 1905.

(4) TROUSSEAU. Cliniques. Tome II de l'épilepsie.

A la suite d'épilepsie nocturne, on observe aussi les phénomènes d'épuisement qui constituent les séquelles habituelles des attaques épileptiques banales — telles que lassitude, somnolence, migraine, inaptitude au travail, bizarrerie d'humeur ; quelque fois même de véritables délires en apparence inexplicables.

Souvent l'attaque nocturne se révèle à l'entourage par la chute de l'enfant hors de son lit, par le désordre de sa literie, par un sommeil agité de cauchemars, par des grincements de dents, etc.

Cette longue énumération de faits permet de concevoir combien difficile et longue est la recherche des symptômes d'épilepsie larvée, et combien souvent il faut être réservé sur son diagnostic ; tant qu'on n'a pas retrouvé des phénomènes qu'on puisse nettement imputer à la névrose.

Ces délires et ces hallucinations temporaires, qui constituent chez l'épileptique les paroxysmes psychiques, peuvent être symptomatiques d'autres affections mentales ou nerveuses, notamment de l'hystérie, de la débilité mentale simple et de la démence précoce. Ceci nous amène à traiter la question du diagnostic différentiel.

Diagnostic différentiel. — Généralement parlant, au cours de ces délires non épileptiques, l'enfant se souvient plus ou moins vaguement des actes commis par lui. Il n'oublie pas tout-à-fait, comme dans le mal comitial. Il n'y a pas de lacune dans sa mémoire.

L'accès est moins brusque, moins explosif. Il a une moindre tendance à se répéter toujours pareil à lui-même.

Pour chacune de ces entités morbides, les délires évoluent sur un terrain différent, qu'il faut s'efforcer de déterminer.

L'enfant hystérique est fantasque, capricieux, volontaire, faiseur d'histoires, menteur et poseur pour la galerie. Les crises de colère finissent par un flot de larmes. Les convulsions, s'il en a, ont des mouvements plus exagérés, plus amples que ceux des épileptiques. Elles paraissent obéir à une idée directrice et vouloir mimer un scénario mental, exprimer un sentiment naturel, mais poussé à la caricature par l'exagération du pathétique. Les paroxysmes psychiques hystériques les plus fréquents sont : les terreurs nocturnes, le somnambulisme, les fugues. Ces derniers se distinguent difficilement des fugues comitiales, si ce n'est par ce fait que l'enfant se rappelle des actes commis lorsqu'on le plonge artificiellement dans son état second par l'hypnotisme.

Dans la première enfance, les stigmates permanents de la névrose, à part l'hypéresthésie, existent rarement, ce qui ajoute encore à la difficulté du diagnostic. Dans la seconde enfance, ces stigmates sont plus nombreux, et presque semblables à ceux de l'âge adulte.

La différence la plus caractéristique entre l'hystérie et l'épilepsie, lorsqu'elles évoluent toutes les deux d'une façon larvée, c'est que la première est facilement améliorable et curable si elle est traitée, tandis que la seconde, malgré le bromure, malgré le traitement médico-pédagogique, continue son évolution.

De larvée, elle finira un jour par devenir visible.

Voici un exemple de délire hystérique chez un enfant :

Alicé T..., âgée de 13 ans, jolie petite fille aux cheveux blonds, et aux yeux bleus de nuance très pâle, ne présente rien d'anormal au point de vue de sa conformation physique. Elle est très proprement vêtue, presque élégante. Peut-être est-elle un peu coquette pour son âge.

Elle est douce et obéissante. Va en classe où elle est parmi les premières.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de bien saillant.

Il y a 3 mois environ, elle jouait dans le bois de Vincennes, accompagnée de sa mère et de sa petite sœur. Elles s'amusaient à attacher leur corde à sauter aux branches de deux arbres voisins, pour se balancer dessus. Tout à coup surgit un gardien, qui prenant sa grosse voix, leur dit qu'il est défendu d'attacher les cordes aux arbres parce que cela abîme les branches. La petite Alice est très effrayée.

Revenue à la maison, tout à coup, elle perd connaissance et est agitée de convulsions très violentes, qui durent un quart d'heure. La crise se termine par un flot de larmes.

Depuis elle a eu à plusieurs reprises des crises semblables — sa mère nous en décrit une —. D'abord, l'enfant se plaint d'avoir une boule qui l'étouffe dans la poitrine et qui remonte vers la gorge. Ensuite elle perd connaissance, et fait des mouvements très désordonnés de son tronc, de ses bras, de ses jambes. Souvent ces crises spasmodiques se compliquent de phénomènes de somnambulisme. Elle va, parle et agit les yeux fermés. Elle a des hallucinations et voit un homme qui la poursuit. Elle appelle au secours son amie Marthe. Puis elle se met à causer avec les personnes présentes. Une fois elle a demandé de l'argent pour faire une commission. Elle avait besoin de quinze sous : elle en refuse quatre parce que ce n'est pas assez, et seize parce que c'est plus que son compte. L'attouchement de quelqu'un la réveille. A ce moment elle tombe raide, et est prise de nouveau par des mouvements convulsifs. Petit à petit elle revient à elle. Un flot de larmes termine la crise. Elle

n'urine pas sous elle et ne se mord pas la langue. L'accès ne semble nullement la fatiguer. Son sommeil est agité. Elle a quelquefois du somnambulisme nocturne.

Notre examen décèle chez elle des stigmates permanents d'hystérie. Abolition du réflexe épiglotique. Rétrécissement du champ visuel droit. Anesthésie, à la piqûre, au pincement et à la chaleur sur le côté droit du corps. Elle a un point douloureux sur la mamelle droite, et un point hystérogène ovarien.

On conseille à la mère de retirer sa fille de l'école, de lui faire appliquer de l'hydrothérapie froide. On lui ordonne un régime reconstituant.

Au bout de trois mois, l'enfant revient à la consultation de la Salpêtrière tout à fait guérie

Cette observation met bien en lumière les différences existant entre les délires de nature hystérique et ceux d'origine comitiale.

Malheureusement on se trouve quelquefois en présence d'hystérie larvée. On peut aussi rencontrer de l'hystérie coïncidant avec l'épilepsie hystero-épilepsie dont les paroxysmes sont tantôt dissociés, tantôt combinés.

Depuis quelques années les efforts se rapportent vers la recherche d'un critérium biologique, pouvant différencier nettement les deux affections. mais les auteurs ne sont pas assez d'accord et les résultats des expériences sont trop divergentes pour qu'on puisse se baser sur leur résultat pour les applications à la clinique. Un fait presque constamment observé, par nous à la Salpêtrière, et généralement admis à l'heure actuelle depuis les travaux de J. Voisin et Petit (1), est la coïncidence presque cons-

(1) VOISIN ET PETIT. — De l'intoxication dans l'épilepsie. *In archives de Neurologie* N° 98, 99, 100, 101, 102.

tante de troubles digestifs avec les phénomènes comitiaux. « Les troubles digestifs, écrivent ces auteurs, ne manquent jamais dans l'épilepsie générale: ils précèdent les accès isolés ou en série, les vertiges et le trouble mental, permettant ainsi de les prévoir et parfois de les prévenir... » Ainsi donc, dans la majorité des cas d'épilepsie générale, tout vertige, tout accès est accompagné d'état saburral de la langue, et la disparition de cet état gastrique annonce le retour à l'état normal... Ces troubles gastriques manquent d'ordinaire dans l'épilepsie partielle et dans l'hystéro-épilepsie, quand les symptômes hystériques dominent; mais si l'épilepsie partielle devient générale les troubles gastriques apparaissent. Il en est de même quand l'hystérie fait place à l'épilepsie. »

Les débiles ont fréquemment des accès de colère, des crises de manie, des impulsions morbides variées. Mais eux ont conscience et se souviennent de leurs actions. On ne retrouve pas chez eux les symptômes somatiques de grand ou de petit mal. Souvent cependant les débiles urinent au lit, et ce fait pourrait faire penser à l'épilepsie. Mais leur incontinence d'urine a des caractères spéciaux. Elle est régulière, non pas intermittente, comme l'incontinence des épileptiques. Elle est plus ou moins consciente. Les débiles rêvent qu'ils font pipi dans un vase, contre un mur, etc. Cette incontinence ne coïncide jamais avec la salivation sanguinolente, avec la morsure de la langue, avec les pétéchies conjonctivales.

Voici un exemple de débilité mentale avec actes impulsifs mais conscients, et avec souvenir conservé.

Paul D..., est âgé de 13 ans. Le père est un alcoolique, et de plus un raté (Ayant fait ses études de droit, il est maintenant garçon de magasin). La mère ne serait pas nerveuse, mais elle a un frère enfermé dans un asile d'aliénés, et un autre qui serait mort de chagrin, à la suite du lâchage de sa maîtresse. Le malade est né à terme, mais a été accouché aux fers. A été placé en nourrice en Bretagne pendant deux ans, et, au dire de la nourrice, aurait été pris une fois de convulsions. N'en a pas eu depuis. A six ans, rougeole. Juqu'à sa sixième année aurait eu de l'incontinence d'urine à la fois diurne et nocturne.

Le matin, il a souvent mal à la tête. Toute la nuit, il cause à haute voix et bat la campagne. Souvent il gigote ; quelquefois il tombe de son lit.

Il n'a plus maintenant d'incontinence d'urine.

Il a suivi l'école depuis sa cinquième jusqu'à sa treizième année. Il se plaignait souvent de migraines, et il allait souvent se promener et vagabonder au lieu de suivre la classe. « Je m'en vais, disait-il, ça me prend tout à coup et je m'en vais. » Il revenait sale et déguenillé, il était très turbulent en classe, mais apprenait très vite. Sait lire, écrire et compter.

Il vole. Il a commencé par voler sa tante pour s'acheter des bonbons. Il a volé un dictionnaire Larousse. Il a volé vingt-trois francs. Ses vols sont conscients, et ont un but utilitaire évident.

A l'âge de 13 ans, il a été placé chez un bijoutier. Au lieu de travailler, il vagabondait. A quitté cet emploi au bout de deux mois.

A été placé ensuite chez un pâtissier pendant quatre mois. On était content de lui, lorsqu'il y a quinze jours, un matin, il part de chez son patron pour livrer des gâteaux en ville. Vers 7 heures et demie du soir il rentre chez ses parents. Il avait quitté ses habits blancs de pâtissier, était révéu d'une cotte bleue et avait dépensé 10 francs. Il se rappelle parfaitement de ce qu'il a fait, dit avoir d'abord acheté sa cotte aux magasins

de la Samaritaine, et avoir jeté dans la rue ses autres vêtements. Nous lui demandons pourquoi il l'a fait. -- Je ne sais pas, ça m'a pris, et je l'ai fait.

Il présente les signes physiques de dégénérescence suivants : strabisme interne droit, lobules des oreilles adhérents, front aplati, dents mal plantées.

Cet enfant présente donc des impulsions à voler, à vagabonder, mais parfaitement conscientes, et dont il se rappelle très bien. Pas de spasmes, pas de vertiges, pas d'absences, pas de signes d'hystérie. Son incontinence d'urine est de celle qu'on a dénommée idiopathique. Elle n'est pas symptomatique du mal comitial.

Les délires paroxystiques peuvent enfin être le prélude d'une *démence précoce*. Là encore, il n'y a pas perte du souvenir. Par contre, on remarque un affaiblissement graduel des facultés et de la mémoire. L'enfant rétrograde dans son évolution psychique et devient finalement dément. Et tout cela sans symptômes d'épilepsie surajoutés.

Pour résumer la question du diagnostic, disons que relativement aisé dans les cas où l'épilepsie est évidente, et pour ainsi dire déjà connue, il devient bien plus délicat, dans les cas où elle est larvée. Et en pratique, à moins qu'on ne trouve avec certitude des symptômes classiques de la névrose (vertiges, absences, accès convulsifs, épilepsie nocturne) à moins qu'on ne soit très certain de l'amnésie, il est plus prudent, tout en pensant à l'épilepsie, de faire des réserves et d'attendre l'évolution ultérieure de la maladie.

TRAITEMENT

Le traitement de ces paroxysmes psychiques doit remplir deux buts : d'une part *amender le trouble mental* ; et de l'autre *combattre la névrose*, dont il est symptomatique, afin d'en empêcher le retour offensif.

Le paroxysme est souvent si fugace, si peu dangereux pour la vie du malade, qu'il n'y a pas à s'en inquiéter au point de vue thérapeutique. Il survient tout à coup, il disparaît de même, sans intervention médicale. Dans ce cas, il suffit de traiter l'épilepsie.

D'autres fois, au contraire, il y a intérêt à essayer de juguler la psychose ; c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une excitation maniaque assez violente, et surtout lorsque cette dernière est greffée sur un état de mal convulsif.

Dans ce cas, si possible, isoler l'enfant : le mettre au lit dans une chambre obscure, lui donner des bains tièdes prolongés, le maintenir dans de l'eau à 32 ou 33° pendant deux ou trois heures ou plus, avoir soin de placer sur son front une compresse d'eau froide, qu'on renouvelle toutes les cinq minutes.

Généralement, ces bains tièdes prolongés suffisent à calmer la manie.

Si cet état se prolonge, s'il est greffé sur un état de

mal, et surtout si la température s'élève, agir comme en présence d'un état de mal pur. Ne pas craindre de donner des bains froids ou plutôt déglacés de 22 à 24°.

On a également conseillé des bains sinapisés (Féré), des enveloppements dans le drap mouillé et des lavements froids⁽¹⁾, des lavements chloratés. La saignée et l'injection intraveineuse de sérum de Hayem sont deux ressources qu'il est permis d'essayer dans les cas extrêmes.

Dans l'intervalle des paroxysmes, c'est l'épilepsie qu'il faut traiter.

Comment agit le bromure sur ces malades ?

Schüle⁽²⁾ pense que le bromure n'améliore pas les paroxysmes psychiques. Nous croyons cependant que cette médication doit être tentée.

Dans trois observations, il paraît avoir eu une action bienfaisante sur le trouble mental, en l'empêchant de reparaître.

Ces observations portent les n^{os} 3, 31 et 32.

Dans cette dernière, la suspension du médicament paraît avoir été suivie d'un accès de manie très violent, dont on n'a plus constaté le retour depuis la reprise KBr.

Chez le malade d'Emminghaus (Obs. 15), les attaques comitiales diminuèrent de fréquence et d'intensité sous l'influence du bromure, mais la manie persista.

Ces résultats sont en somme fort peu encourageants. Malgré cela cependant, nous pensons qu'il faudra admi-

(1) JULES VOISIN. L'épilepsie, Paris, 1897, p. 345.

(2) SCHÜLE. Loco cit.

nistrer ce sel, non pas tant pour améliorer la psychose que pour tâcher de mater l'épilepsie elle-même.

Bromurer le malade, mais non le surbromurer. Cesser la médication aussitôt qu'on remarque des symptômes de bromisme (intolérance gastrique, fétidité de l'haleine, et la reprendre dès que réapparaît le réflexe épiglottique.

Enfin, l'enfant devra suivre un *traitement général médico-pédagogique* dans un établissement spécial.

Au point de vue médical, l'alimentation devra être très surveillée et très bien réglementée. Eviter les écarts de régimes. Donner les repas à des heures régulières. Bannir l'alcool, le vin pur, la bière, le café. Il en est de même des viandes noires, faisandées, des crustacés, des conserves, des sauces épicées et pimentées.

Comme boisson du lait ou de l'eau pure,

Dès que les enfants sont constipés ou se trouvent dans cet état gastro-intestinal, décrit par M. Voisin, administrer un purgatif salin ou un lavement.

L'hydrothérapie froide est à conseiller.

Tonifier l'enfant par des phosphates ou des glycérophosphates de chaux.

Un point de vue pédagogique ;

Si possible, faire vivre l'enfant à la campagne. Ne lui donner que l'éducation grammaticale strictement nécessaire. Qu'il apprenne à lire, à écrire et à compter, et

(1) BOURNEVILLE. Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés, vol. IV de la *Biblioth. d'enseign. spécial.* Paris, 1895.

(2) JULES VOISIN. L'épilepsie.

(3) JULES VOISIN. L'idiotie. Paris, 1893, p. 24.

c'est tout. La musique vocale et chorale est une distraction agréable et peu fatigante. Le tenir occupé à ses leçons pendant peu de temps à la fois. Dans les intervalles, lui donner des occupations en plein air. Promenades modérées et jardinage.

Voilà dans ses grandes lignes en quoi consiste ce traitement médico-pédagogique. Il peut se résumer ainsi :

Pour l'élève malade, pas d'excès de travail intellectuel, pas d'excès de travail musculaire, pas d'excès de travail digestif. Pour le pédagogue thérapeute : beaucoup de patience, de fermeté et de douceur.

Par lui, on pourra espérer diminuer la grande excitabilité nerveuse de ces enfants, améliorer leur épilepsie et espacer leurs crises mentales.

OBSERVATIONS

Observations personnelles

OBSERVATION I

Jules J., âgé de 8 ans, né à Paris en mars 1896. Sa mère nous l'amène parce qu'il vole et qu'il a essayé trois fois de mettre le feu à la maison où il habite.

A. H. — *Père* mort du délirium tremens.

Mère alcoolique, a eu à 8 ans la danse de St Guy.

Grand mère paternelle enfermée à Nanterre.

Un *oncle paternel* s'est suicidé, un autre a déserté.

Une *sœur* morte de convulsions en bas âge.

A. P. — Accouchement normal.

Elevé en nourrice. A eu des *convulsions*. Revenu à Paris à l'âge de quatre ans, paraissait fort et bien portant, mais saignait fréquemment du nez.

Il aurait toujours eu un sale caractère nous dit la mère. Il se mettait fréquemment en colère — criait de rage — pissait au lit. On a essayé de le corriger en le brutalisant, mais sans résultat favorable.

On l'a placé à 4 ans à l'asile de la rue Barbette, où il est resté pendant deux ans. Là, il se conduisait sans aucune retenue, se déculottait devant les petites filles. Battait dans le dos les camarades plus petits que lui. Renvoyé de cette école maternelle au bout de deux ans. Est placé à l'école communale de la rue des Quatre-fils, d'où on veut maintenant le renvoyer parce qu'il est un détraqué, raconte le maître d'école.

Sait lire et écrire, mais est très peu attentif. Dissipe et provoque le désordre surnois.

Le feu l'attire, l'hypnotise nous dit la mère. Il a essayé trois fois de mettre le feu dans l'escalier de la maison où il habite.

Pendant quinze jours de suite, il s'est mis à voler à la devanture des magasins, notamment du beurre et du pain. Il ne prenait jamais de friandises et ne mangeait jamais du reste ce qu'il enlevait, mais il en bourrait ses poches. A son retour à la maison, on remarque le larcin et on l'interroge. Il répond qu'il ne se souvient pas d'avoir pris quelque chose; il ne sait pas pourquoi, il l'a fait, que c'était plus fort que lui. On l'a corrigé durant quinze jours consécutifs, il a continué à voler; puis brusquement, il ne l'a plus jamais fait. Masturbation. Onychophagie. Il fait pipi au lit, quelquefois parce qu'il rêve qu'il urine, d'autres fois sans rêve et d'une façon inconsciente. Le lendemain il est somnolent (mais ayant reçu une volée, la mère met cet abrutissement sur le compte des coups), il se sent anéanti, abruti, et reste toute la matinée à contempler un morceau de papier. On remarque coïncidant avec cette incontinence, des taches sanguinolentes sur son oreiller. Sa langue est douloureuse. Quelquefois son oreiller et son traversin sont tout retournés, ses matelas sont défaits. Il paraît donc indubitable que cet enfant a des attaques nocturnes d'épilepsie.

Pendant la journée il a des pâleurs subites de la face suivies de rougeur — et il se plaint souvent d'avoir une sensation de froid à la tête.

De temps en temps il a des soubresauts. En résumé : périodes d'excitations psychiques, se traduisant tout d'abord par des colères et des accès subits de rage — ensuite par des paroxysmes plus compliqués (impulsions au vol, à mettre le feu) le tout coïncidant avec des symptômes d'épilepsie nocturne, et des absences et des soubresauts diurnes.

OBSERVATION II

Marie G..., âgée de 15 ans 1/2.

A. H. — Mère coléreuse, père buveur; grand'mère maternelle enfermée à Sainte-Anne; un frère mort de méningite.

A. P. — Née à terme, accouchement normal; otite à 7 ans 1/2.

Etant petite, elle était sujette à des maux de tête, qui la laissaient comme endolorie, brisée, anéantie.

Caractère d'habitude doux. Par contre très taciturne et sombre. Restait seule dans un coin.

A été à l'école à 7 ans. N'était pas intelligente. Avait beaucoup de mal à apprendre, était très inattentive. La maîtresse l'appelait déséquilibrée à cause de sa dissipation et de sa turbulence. Par moments, on ne pouvait la retenir en place. Les premiers jours, elle s'effrayait beaucoup d'aller à l'école, c'était chaque matin, à son départ de la maison, des crises de larmes, des scènes de colère. Au bout d'une année, elle a fini par s'y habituer.

De nature très jalouse, disant à sa mère : « Tu aimes et tu fais plus pour ma sœur que pour moi ».

A eu une première attaque convulsive à l'âge de 12 ans 1/2 en sortant de l'école. Depuis, elle a eu plusieurs crises, ce qui a causé son renvoi.

Traitement bromuré, cessation des attaques de 14 à 15 ans.

A 15 ans, réglée pour la première fois, réapparition des attaques convulsives. Depuis, à chaque époque menstruelle, a des attaques.

Avec ses antécédents héréditaires de vésanie, cette petite avait un caractère normalement pathologique, inclinant vers l'hypocondrie et la persécution, sur lequel se montraient de temps en temps des accès de colère, de dissipation, de turbulence, contrastant avec le fond de son psychisme normal, d'habitude taciturne et renfermé. Plus tard elle devint épileptique confirmée.

OBSERVATION III

X..., âgé de 15 ans.

Enfant insupportable, vicieux, cruel, bat ses camarades. Incontinence nocturne suivie de migraine. Epilepsie reconnue à l'âge de 10 ans 1/2. Amélioration du caractère par le bromure.

A. H. — *Père* alcoolique.

Mère déprimée par l'alcoolisme du mari, a des vertiges.

A. P. — Accouchement pénible. Enfant né cyanosé. En retard pour parler. Dentition et marche à l'époque normale. A été propre de bonne heure. N'a jamais pissé au lit, si ce n'est depuis l'âge de 8 ans.

Vers l'âge de 4 ans, il se réveillait un matin avec un mal de tête très violent, puis il transpirait abondamment. Il urinait sous lui en plein jour.

Etant tout petit, a eu des convulsions. Ses yeux tournaient et il pâlisait. De trois à cinq ans, il est pris de convulsions semblables lorsqu'on le contrariait.

Coqueluche à 3 ans. Variole à 8 ans. Etant petit, il était très turbulent, mais avait bon cœur et obéissait avec docilité.

A été placé à l'asile de Fleury-Meudon. A appris difficilement à lire. Ecrit en faisant des fautes d'orthographe à chaque mot. A été renvoyé de cet asile, à l'âge de 10 ans, parce qu'il battait les élèves. Est resté un an chez ses parents où il maltraitait sa sœur pour un oui ou pour un non et forçait les armoires pour chiper. Il se réveillait souvent en proie à de la migraine. Ces jours là il ne pouvait rien faire et était obligé de garder le lit. Il urinait quelquefois au lit.

Placé à dix ans et demi à l'hôpital de Versailles, on lui administre du bromure, lequel a calmé sa turbulence.

De 11 à 15 ans, a séjourné à l'asile départemental de Saint-Cyr. Il travaillait au jardin et aimait cette occupation. Il a

continué à être violent et emporté et souffrait toujours de ses migraines.

En juin 1903, il est placé comme apprenti jardinier dans un château. Y est resté trois mois, puis a été renvoyé parce qu'il était musard et ne voulait pas écouter les observations qu'on lui faisait.

Il a fait en 1903 deux places, et a été congédié de la première parce qu'il ne connaissait pas assez son métier, de la seconde parce qu'il était désobéissant.

Amélioré sensiblement depuis le traitement bromuré.

Il ne paraît pas avoir eu d'attaques diurnes. Mais son incontinence nocturne d'urine occasionnelle, les migraines, et le fait que ces jours-là il ne pouvait rien faire et était obligé de garder le lit, permettent d'émettre l'hypothèse qu'il a eu des attaques nocturnes passées inaperçues. Il a eu des convulsions et plus tard des vertiges. Sa turbulence, sa cruauté sont des phénomènes mentaux dus aux attaques. Il est bon de remarquer que le traitement bromuré paraît avoir amélioré son caractère.

OBSERVATION IV

Louis M..., âgé de 9 ans et demi.

La belle-mère vient nous consulter parce que son petit Louis est insupportable à la maison, et qu'on l'a renvoyé de l'école maternelle, où on le met en garde pendant la journée.

Elle nous montre un certificat ainsi conçu :

« Je soussigné, docteur en médecine, certifie d'après le rapport de Madame la directrice de l'école maternelle, que le jeune M...Louis est un enfant très indiscipliné et très méchant pour ses camarades. Il les mord ou leur donne des coups de pied assez violents pour les faire saigner ou tuméfier les parties atteintes.

« Les réprimandes et corrections ordinaires restant sans effet, il faudrait pour l'empêcher de nuire, l'attacher sur un banc.

« Cet enfant pourrait être la cause d'accidents graves dans l'école, et les parents n'étant pas capables de s'occuper de son traitement, il y a lieu de le faire entrer dans un établissement spécial, où il sera surveillé. »

Voici les résultats de l'interrogatoire de la belle-mère et de l'inspection de l'enfant.

Antécédents héréditaires. — La mère est morte il y a trois ans. Elle aurait été sujette à des crises de nerfs et était alcoolique.

Grand'mère maternelle alcoolique.

Pathologie collatérale. — Un demi-frère issu du même père est bien portant.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme. La grossesse a été normale, si ce n'est une chute de la mère quinze jours avant la naissance de l'enfant. Accouchement normal. Pas de circulaire autour du cou de l'enfant.

L'enfant a été élevé jusqu'à 9 mois, par le sein maternel aidé du biberon. A marché vers un an et demi. A été en retard pour parler. N'a dit de phrases suivies que vers l'âge de 3 ans.

Premières convulsions à l'âge de 1 an. A la consultation de l'hôpital Hérold, on prescrit à l'enfant un traitement bromuré qui a été suivi pendant un an et que la venue d'une broncho-pneumonie a forcé d'interrompre vers l'âge de deux ans. Pendant l'année de bromuration les convulsions ont cessé. Depuis la cessation du médicament, les convulsions ont réapparu, d'abord espacées, puis de plus en plus fréquentes. Le malade urine assez souvent au lit. Le lendemain matin la belle-mère aurait remarqué que l'oreiller était maculé par de la salive.

Quelquefois pendant la journée, l'enfant se met soudainement à pleurer, urine dans son pantalon, ronfle pendant quelques instants, puis s'endort. Au réveil, il reste hébété, ou bien, au contraire, est de mauvaise humeur et fait soudainement quelque méchanceté. Il bat son petit frère. Essaye de briser les objets, ou de mettre le feu à la maison.

L'humeur de l'enfant est essentiellement changeante. D'ha-

bitude, doux, tranquille et obéissant, souvent, sans motif apparent, ou après un de ces moments de somnolence que nous avons déjà mentionnés, il devient insupportable. Il a déjà brûlé son petit frère avec un fer qu'il a fait rougir à cette intention. Le concierge de la maison où ils habitent, ne veut pas le laisser jouer dans la cour avec les autres petits locataires, parce qu'il les bat et les mord.

Il a été placé dans une école maternelle. Là il se rend aussi insupportable. Il a tenté de piquer les yeux de ses camarades avec des aiguilles servant à enfiler des perles. Il a essayé de mettre le feu à la classe. Il est batailleur, et mord ses voisins. Mais ces méchancetés ne sont qu'intermittentes. Elles surviennent brusquement, l'enfant étant d'habitude calme et appliqué. L'institutrice a raconté à la belle-mère que dans ses bons moments, le petit Louis est un des meilleurs élèves de sa classe. Les punitions ordinaires n'amendent en rien son mauvais caractère.

Examen. — L'aspect du visage est tout à fait normal, sauf quelques veines fines et assez nombreuses, qui sillonnent le front et les tempes, et qu'on remarque fréquemment chez les enfants nerveux. Il ne présente aucun stigmate visible de dégénérescence, yeux, voûte palatine, oreilles, dentition normaux. Il est très doux, très tranquille, câline sa mère, et se prête de la meilleure grâce du monde à notre examen. Interrogé pourquoi il commet les vilaines choses qu'on lui reproche, il répond qu'il n'en sait rien, qu'il les fait sans le vouloir.

Commentaire. — Cet enfant est réellement un épileptique, et notre diagnostic se base sur les considérations suivantes :

Il a eu des convulsions vers l'âge d'un an, qui ont cédé à un traitement bromuré pendant 12 mois, et qui ont réapparu après cessation de ce médicament.

Il a des attaques nocturnes d'épilepsie, comme le démontrent la coïncidence de l'incontinence nocturne, des taches sur l'oreiller, et de l'hébétude au réveil.

Il a des attaques diurnes atypiques, comme le prouvent, les

pleurs, l'acte de faire pipi dans son pantalon, et le sommeil qui survient après. Les crises diurnes sont souvent la cause des troubles mentaux pour lesquels on vient consulter.

Ces troubles psychiques ont eux-mêmes un cachet spécial.

L'enfant est d'habitude doux, affectueux, tranquille et attentif. Soudainement il devient méchant, cruel et dissipé.

OBSERVATION V

Joseph C..., âgé de 11 ans. Sa mère nous l'amène, parce qu'il vagabonde, fait l'école buissonnière, qu'il a été renvoyé de plusieurs écoles, et est très en retard dans ses études — parce qu'il est insupportable et turbulent.

A. H. — *Père et mère bien portants.*

Enfant unique.

Tante paternelle enfermée.

A. P. — *Accouchement spontané et normal. Chute de l'enfant par terre. Nourri par le sein de la mère jusqu'à sept mois.*

En retard pour les dents, la parole, la marche.

Placé à la campagne jusqu'à l'âge de 5 ans, puis revient à Paris, marchant et causant. Faisait pipi au lit.

A été à l'école. A changé deux fois d'établissement. On ne peut rien en faire. Mauvaise tête. Bat les plus petits que lui, leur donne des coups de pied, dans le dos et en cachette. Dissipe la classe.

Affectabilité variable. Par moments il est caressant. Puis brusquement devient hargneux et grincheux.

Fait l'école buissonnière et vagabonde. Il a été reconduit chez ses parents par un agent, loin du lieu où il habite. Il ne se souvient jamais du chemin qu'il a parcouru ni où il a été.

On ne peut le corriger, ni par la douceur, ni par les menaces.

Il sait lire, écrire et faire une addition.

Onychophagie, onanisme probable.

Pisse sous lui pendant la journée. La mère prétend qu'il n'aurait jamais présenté de l'incontinence nocturne.

Il est pris fréquemment de vertiges. Tout à coup, il ferme les yeux, puis les ouvre tout grands. En même temps il dit des paroles incohérentes, répète plusieurs fois les mots : « je cherche, je cherche ». Et souvent de l'écume lui vient à la bouche.

Il a deux ou trois vertiges par semaine. La mère a remarqué que les fugues surviennent presque toujours après un vertige.

N'aurait pas de convulsions la nuit. Cependant il rêve tout haut et a le sommeil agité. Il s'est déjà réveillé avec une morsure de la langue. Ne tache pas son oreiller.

Laisse tomber brusquement les objets qu'il tient à la main, sans s'en apercevoir.

Commentaires. — Cet enfant n'est pas seulement un déséquilibré, c'est un épileptique.

Il a probablement eu, à des espaces très éloignés, des attaques nocturnes, comme tendrait à le prouver la morsure de la langue. Il est vrai qu'il n'a pas présenté d'autres symptômes, ni incontinence d'urine, ni taches sur l'oreiller.

Par contre il a des vertiges et des absences comitiaux d'une façon quasi certaine, et ses fugues sont consécutives.

Quant aux autres phénomènes mentaux : dissipation, cruauté et pyromanie intermittente, inattention, etc., ce sont, il est permis de le supposer, des phénomènes psychiques postérieurs à des vertiges ou à des absences passées inobservées.

OBSERVATION VI

Charles M..., 7 ans.

A son arrivée, la grand'mère du petit Charles M... présente le certificat suivant :

Ecole maternelle XX^e arrondissement

Rue Bidassoa, 27

La directrice soussignée certifie que l'enfant M... Charles fréquentait l'école enfantine de la rue de Bidassoa, se trouve dans un état nerveux s'aggravant de jour en jour, et nécessitant des soins immédiats.

Sa présence dans ces conditions constitue un danger pour ses petits camarades, qu'il frappe ou déchire presque inconsciemment ; il ne s'épargne pas davantage, et ses parents pourront certifier dans quel état il se met chaque jour.

En foi de quoi, j'ai délivré le présent certificat, demandé par le médecin consultant. L. X.

6 juin 1904.

Nous interrogeons la tante et la grand'mère qui nous révèlent ce qui suit :

L'enfant est d'habitude doux et tranquille, puis, tout à coup, sans motif apparent, le caractère de l'enfant change. Il se met en colère, crie, tape et casse les objets qui peuvent lui tomber sous la main, ou bien met ses vêtements en lambeaux. Cet état dure environ un quart d'heure, quelquefois plus, d'autres fois moins longtemps. L'enfant pâlit avant, et après, il se sent très fatigué, très las, a mal à la tête, a la respiration fréquente et forte. S'assoupit ou s'endort pendant une demi-heure à trois quarts d'heure.

Pendant ses colères, il lui est arrivé de se mordre la langue, et à l'école une fois de faire caca dans son pantalon. Souvent il perd ses urines.

A l'école, il est très dissipé, ne fait pas attention. Il est d'habitude gentil avec ses petits camarades. Mais brusquement, et également sans motif apparent, d'une façon presque inconsciente, dit la maîtresse d'école, il les bat, les frappe, et déchire leurs vêtements.

A. H. — Père, 44 ans, fièvres paludéennes absinthiques. Mère morte en couches.

Il a quatre frères et sœurs bien portants, qui n'auraient pas eu de convulsions, et ne présentent rien d'anormal.

A. P. — Elevé au sein. Premières convulsions, lors de la

percée des dents. Marche et parle à 18 mois. Ne sait ni lire ni écrire. A été propre de bonne heure. Il a contracté la rougeole et la coqueluche, et au cours de chacune de ces maladies, il a été pris de convulsions.

Il dort mal. Son sommeil est agité. Il rêve et parle. Sa literie est souvent défaite. Quelquefois, il se réveille très las et se plaignant de la tête. Onychophagie, masturbation. Asymétrie faciale. Pas d'autres signes de dégénérescence.

Commentaire. — M. Voisin a signé un certificat constatant la nature comitiale de ces troubles morbides. Ce petit malade est un convulsif, cela est certain, comme le prouvent les convulsions fréquentes, qu'il a eues à trois reprises différentes, au moment de sa première dentition, et au cours d'une coqueluche et d'une rougeole. Il est probable qu'il a des crises nocturnes d'épilepsie à cause de son sommeil agité, de sa literie défaite, de ses migraines et de sa lassitude matutinale.

Il est presque certain que ses accès de colère sont des équivalents psychiques. Pâleur subite au début de la crise. Souffrance dans le début et la fin, sommeil stertoreux. Quelquefois incontinence des urines, et une fois, des matières fécales.

OBSERVATION VII

Charlotte L..., 16 ans, employée de commerce, une belle et forte fille, qui est épileptique avérée depuis l'âge de 15 ans. Elle a présenté antérieurement des troubles somatiques et mentaux qu'il est permis de rattacher à son état comitial alors méconnu.

D'habitude intelligente, appliquée et d'un caractère doux et facile, elle se réveillait de temps en temps en proie à une forte migraine et comme brisée de fatigue. Ces jours-là, elle était obligée de rester à la maison, ne pouvant aller en classe ni vaquer à ses occupations. De temps en temps elle avait la manie de se disputer sans cause apparente avec ses

compagnes. Il est permis de supposer que ces phénomènes étaient des stigmates post-paroxystiques d'une attaque comitiale nocturne, parce que de temps en temps elle avait de l'incontinence d'urine, et tachait son oreiller avec sa salive.

Elle est en ce moment dans le service. Ses attaques sont maintenant diurnes, et surviennent régulièrement à chaque époque menstruelle.

OBSERVATION VIII

Gabriel M..., 5 ans 1/2. La maman vient à la consultation, parce que depuis six semaines l'enfant a changé de caractère, parce qu'il est devenu turbulent, méchant, qu'il bat sa petite sœur et qu'il vagabonde. Elle a eu l'idée de venir à la Salpêtrière, parce qu'un monsieur, ayant observé jouer l'enfant dans un square public, lui a dit qu'il était probablement atteint de troubles mentaux.

A. H. Père âgé de 28 ans, bien portant, sobre, a eu de l'incontinence d'urine pendant son enfance.

Mère âgée de 27 ans, nerveuse, syncopes pendant la grossesse. Sa sœur est épileptique.

Elle a eu six enfants. Tous sont nés avec des circulaires du cordon autour du cou. Tous ont eu des convulsions. Un serait mort de méningite.

A. P. L'enfant est né à terme, une circulaire du cordon autour du cou, en état de mort apparente.

Il a été nourri au sein par la mère.

A eu des convulsions chaque fois qu'a percé une dent. En a eu à propos d'une congestion pulmonaire, d'un embarras gastrique, d'une bronchite. Depuis l'âge d'un an jusqu'à celui de deux ans, a eu des convulsions en moyenne tous les huit jours ; puis ces dernières ont cessé.

A parlé vers l'âge de 2 ans 1/2 (en retard). A marché à quinze mois ; il était noué et avait les jambes en cerceaux. Depuis elles se sont redressées.

Il a été à l'école maternelle à l'âge de trois ans. On était content de lui, car il apprenait bien et était très tranquille, très gentil et très obéissant.

Depuis six semaines, tout est changé dans sa manière d'être. Il se met soudain à battre sa petite sœur, à lui donner des coups de pied, à la griffer, choses qu'il ne faisait pas auparavant. Il lui arrive de quitter la maison le matin et de revenir tard dans le soir, sans que sa famille puisse m'apprendre où il a été. Dans le square public, où sa mère le mène jouer, il s'est mis soudain à mordre les arbres. La mère a essayé de le corriger, mais en vain. Plus elle tape, plus c'est la même chose, nous dit-elle.

Il pisse quelquefois au lit et bave quelquefois sur son oreiller. Il ne paraît pas avoir de végétations adénoïdiennes.

Commentaire. — Cet enfant a été un grand convulsif jusqu'à l'âge de trois ans. A chaque dent, à chaque incident pathologique, il a réagi par des convulsions.

Pendant deux ans, tout paraît avoir été normal, si ce n'est qu'il lui arrivait de pisser quelquefois au lit et de tacher son oreiller (épilepsie nocturne probable).

Depuis six semaines, la névrose a réapparu sous forme d'excitation maniaque, compliquée d'impulsions : colères suivies de cruauté envers sa jeune sœur, besoin de détruire les objets, morsure des arbres, ébauche de petites fugues.

OBSERVATION IX

Charles H..., 13 ans.

Le père amène le jeune Charles à la consultation parce qu'il brutalise les enfants à l'école, qu'il dissipe la classe et qu'il vagabonde.

Antécédents héréditaires. — Mère morte tuberculeuse, coxalgie. Tanté maternelle enfermée à l'asile d'Annonay. Père âgé de 45 ans, bien portant. Pas de maladies nerveuses ou mentales du côté paternel.

Le malade a un frère et une sœur âgée de 14 et de 15 ans, tous deux bien portants et intelligents.

Antécédents particuliers. — Accouchement normal.

Elevé par une nourrice.

N'a parlé qu'à 3 ans et n'a marché qu'à 2 ans et demi.

Il n'a pas eu de convulsions infantiles mais était sujet à des crises de colères.

Jusqu'à l'âge de 6 ans, a eu de l'incontinence nocturne d'urine.

A été à l'école à partir de l'âge de 5 ans.

Le maître d'école s'en plaint, parce qu'il ne fait pas attention à son travail, qu'il dissipe la classe. Quoique d'habitude gentil avec ses camarades, il se met quelquefois à les agacer, même à les brutaliser. A une mauvaise mémoire, et ne fait pas de progrès dans ses études. Il vagabonde souvent et ne sait pas où il a été.

Sur notre interrogation, le père déclare que son fils est pris parfois et brusquement, de pâleurs subites du visage, et qu'à certains moments il semble comme absent.

Cet enfant est atteint de petit mal épileptique (absences, pâleurs subites du visage). Sur son terrain de dégénérescence mentale comitiale chronique (retard de la parole, de la marche, faiblesse de la mémoire, manque d'attention), jaillissent de temps en temps les désordres psychiques intermittents et transitoires qui suivent : dans son jeune âge, des crises de colère, puis plus tard, de la turbulence, des accès de brutalité envers ses camarades et du vagabondage inconscient.

OBSERVATION X

Rosa P..., 8 ans.

Crie, déchire, bat ses camarades. Cause toute seule et à haute voix, et cependant ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Elle paraît inconsciente.

A le regard quelquefois fixe. Epilepsie. Est dans le service en ce moment.

Observations recueillies sur le cahier de consultations du samedi à la Salpêtrière et dues à l'obligeance de M. Voisin.

OBSERVATION XI

Frédéric A..., 9 ans.

Va en classe, mais n'apprend rien. A des frayeurs, des craintes. Parle bien, cause bien.

Jusqu'à l'âge de 6 ans, a uriné au lit. A des attaques connues de l'entourage, seulement depuis neuf semaines. Est comitial.

OBSERVATION XII

G..., 10 ans.

Devient méchant, violent après des vertiges. Urine au lit, se mord la langue. A des attaques d'épilepsie nocturne.

OBSERVATION XIII

R..., 9 ans.

Trépigne à l'école, crie, pleure. Onanisme, vertiges, absences ; n'urine pas sous elle. Epilepsie.

OBSERVATION XIV

Marthe D..., 10 ans.

Surexcitée. Maux de tête et d'estomac. Méchante. Fait des excentricités. A des frayeurs subites. Sujet de scandale à l'école. Tourne des yeux. A des vertiges, dit que tout tourne. « Je vais tomber, retenez-moi ». Comitiale.

OBSERVATION XV

André M..., 14 ans.

La mère vient consulter, parce que depuis quelque temps, le petit André, toujours sujet capricieux et vicieux, par intervalle ne fait plus rien à l'école, et que, au lieu de progresser, son intelligence rétrograde.

L'enfant a eu trois fois des convulsions dans sa tierce année.

A appris à lire et à écrire. A décroché son certificat d'étude.

Depuis l'âge de 10 ans, ses crises de nerfs sont revenues, et depuis cette époque, son intelligence rétrograde. M. Voisin diagnostique l'épilepsie et pronostique par la marche de l'affection que cet enfant deviendra un jour idiot.

OBSERVATION XVI

Marcel B..., 7 ans.

On l'a renvoyé de l'école parce qu'il fait sous lui.

Pendant qu'on l'examine, il est pris brusquement d'un vertige, suivi immédiatement par des troubles cérébraux caractérisés par de l'agitation et des hallucinations visuelles. Au bout d'un quart d'heure, l'enfant se calme ne se souvenant pas de ce qui s'est passé.

La mère dit que l'enfant tombe parfois avec de l'écume à la bouche.

OBSERVATION XVII

Hén..., 7 ans.

On l'amène, parce qu'il a des accès subits de colère qu'il frappe son petit frère, qu'il ne peut être admis aux écoles, qu'il commet des excentricités (marche sur les mains).

A l'interrogatoire de la mère, on s'aperçoit que cet enfant a des symptômes comitiaux assez typiques.

N'a pas de grandes attaques ni diurnes, ni nocturnes. Mais, il a des vertiges et des absences. Il lui arrive, en effet, de devenir subitement pâle, d'uriner dans son pantalon.

Ne sait ni lire ni écrire, incapable d'attention. Paraît avoir des aptitudes musicales. Méchant et sournois par moment, par accès. Jette des pierres sur les enfants, mais en cachette et derrière leur dos. Ne peut tenir en place, ne supporte pas les observations.

Observations recueillies dans la littérature médicale.

OBSERVATION XVIII

WEST, in *Journal für Kinderkrankheiten*. Band XXIII

Heft 1 et 2.

Une petite fille de 10 ans et 10 mois avait eu une attaque de convulsions générales à l'âge de 8 ans à laquelle on n'avait pu assigner aucune cause.

Depuis ce temps, elle avait été sujette à des attaques passagères d'une excitation étrange; et, celles-ci avaient, pendant 6 mois, été accompagnées d'une sorte d'état cataleptique pendant lequel l'enfant restait sans mouvement pendant une minute ou deux, avec un regard vague, prononçait quelques paroles incohérentes qui paraissaient avoir trait à quelque vision bien qu'il eût toujours été impossible de lui faire décrire ces objets imaginaires.

Onze mois après leur commencement, ces attaques perdirent leur caractère particulier et l'enfant eut de véritables attaques épileptiques dans l'intervalle desquelles ses actions et sa tenue, bien que souvent celles d'une personne raisonnable, étaient fréquemment celles d'une aliénée.

OBSERVATION XIX

WEST. — *Loc. citato*

Chez un garçon de 9 ans, qui pendant une année avait eu des attaques d'épilepsie très fréquentes, sans cause connue. et dont le nombre augmenta rapidement jusqu'à en avoir trois ou quatre par semaine et quelquefois plus d'une dans une même journée, il survenait, par moments, une sorte d'excitation maniaque pendant laquelle il frappait les autres enfants, sans que ceux-ci l'eussent en aucune façon provoqué.

OBSERVATION XX

WEST, *Idem*, vol. 35, fasc. 7 et 8.

Un enfant de 9 ans entra à l'hôpital en juin 1852, pour des attaques épileptiques qui s'étaient installées sans cause nette. Les attaques étaient fréquentes et laissaient à leur suite une grande stupeur. Mais jusqu'à maintenant elles étaient de courte durée et n'étaient suivies que d'un peu de céphalée. L'enfant resta deux mois à l'hôpital et fut renvoyé non amélioré. La cause de son renvoi était qu'il se mettait dans des sortes d'états furieux, pendant lesquels il tombait sur les autres malades, ou bien, lorsque quelque chose lui déplaisait, il se déshabillait complètement et se promenait nu dans la chambre, bien que, sauf cela, ce fut un enfant parfaitement bien élevé.

OBSERVATION XXI

Citée par Emminghaus

WEST, *loco. citato*. Band 35, 7 et 8.

Un autre enfant de 8 ans me fut amené, et j'en appris l'histoire suivante : Il fut bien portant jusqu'à l'âge de trois ans, quand il fit une chute, suivie d'une violente convulsion qui

dura 16 heures. Une deuxième chute, un an plus tard, amena une nouvelle attaque convulsive ; puis celles-ci se répétèrent dix ou douze fois en l'espace d'une année, mais de moins en moins marquées. Avec le temps il arriva à ne plus avoir que tous les six mois une attaque, qui ne durait que deux à trois minutes, s'accompagnait de perte de la conscience, mais sans que celle-ci persista ultérieurement. L'enfant eut les maladies habituelles à son âge, sans en éprouver aucune suite. On l'envoya à l'école, où il apprit à lire sans paraître plus bête que les autres enfants. A l'âge de 6 ans, encore faible à la suite d'une attaque, on l'emmena promener au parc, puis il rentra à la maison très agité, se mit à se promener en rond, en renversant les objets, sans tomber d'ailleurs lui-même, et sans avoir d'attaque. Pendant cet état d'agitation, il revint à l'école, sembla très dissipé, troubla la classe, et parut avoir ses facultés habituelles. Sa tendance à la discussion et son orgueil furent la cause de nombreuses altercations avec son professeur, et à l'âge de sept ans il dut quitter l'école. Mais ce n'est que six mois plus tard, qu'on s'aperçut de ses troubles mentaux. Parfois il cessait de parler, articulait difficilement les mots, ne savait comment s'exprimer, et il semblait quelquefois qu'il refusât de parler. Finalement il se tut complètement, tout en étant dans une agitation perpétuelle, dans les deux mois qui précédèrent notre examen. Cette agitation était continuelle. Si on ne le surveillait pas, ou bien il essayait d'abimer les objets qu'il pouvait atteindre, ou bien il se masturbait.

OBSERVATION XXII

MAX LEIDESDORF

Ueber die sogenannten psychische pileptischen Aequivalente, in *Wien Medizinische Wochenschrift*. Jahrgang 1887, Heft 5 und 6.

S. Franz, âgé de 11 ans, catholique, orphelin, entré le

27 décembre 1886. Renseignements donnés par le père adoptif. Le malade est un enfant naturel ; le père n'est pas bien connu ; pas de tare héréditaire du côté de la mère. Pas de convulsions étant jeune, mais deux autres enfants de la même mère et du père adoptif en ont eu. Il a marché à deux ans, puis il tomba malade, cessa de marcher durant six mois, et recommença à pouvoir le faire à deux ans et demi. Il a appris difficilement à parler ; à trois ans parlait très peu. Il est allé à l'école à six ans, mais a très peu appris. Il sait à peine lire et écrire et sait à peine compter.

En dehors des attaques que nous allons décrire, c'est un bon petit garçon, doux, obéissant et très supportable. Dès qu'il commença à marcher, les parents remarquèrent qu'il profitait de toutes les occasions pour s'enfuir. Souvent ils le trouvèrent grim pant après les wagons de toutes les lignes (le père était employé au chemin de fer). Plus il grandit, plus se montra chez lui cette tendance à essayer de s'enfuir de temps en temps. Il quitte brusquement la maison, et vagabonde jusqu'à ce qu'on le ramasse. Régulièrement aussi, il se livre à un acte qui le fait remarquer et le met en conflit avec les autorités. Une fois, il a mis le feu à une maison qui brûla ; une deuxième fois, on put éteindre à temps l'incendie. Une troisième fois, on l'arrêta au moment où il l'allumait. Il a menacé une fois sa mère, une fois sa sœur avec un couteau. Souvent, il a volé de l'argent ou d'autres objets et est parti avec. Avant de se livrer à ses actes, il se plaint toujours de violents maux de tête. Après la crise, il ne se souvient de rien. La fréquence de ces sortes d'attaques est variable. Ainsi, elles ne se présentèrent que deux fois, pendant l'été dernier ; et durant l'hiver 1885-1886 son père dut le chercher trente fois au commissariat de police, et deux fois à la gendarmerie de la gare.

A un premier examen, les facultés intellectuelles du jeune malade, paraissent exceptionnellement faibles. Malgré de longues années passées à l'école, c'est à peine s'il lit sans

faute, et ne comprend pas le sens de sa lecture. Son orthographe n'est guère meilleure. Il ne sait pour ainsi dire pas calculer ; il ne peut compter que jusqu'à 20 ou 30, et fait des fautes. Il ne sait pas combien de jours a la semaine, et ne peut rééciter la succession des mois.

On ne remarque pas de trace de perversité morale. Il est obéissant, tranquille et se conduit d'une façon exemplaire à la division. Il raconte qu'il a reçu beaucoup de coups à la maison, mais semble croire qu'il les a mérités. Il sait qu'il est malade et désirerait vivement guérir. Il regrette les méfaits qu'il a commis. Après avoir entendu raconter qu'il existe une école dans la maison de santé, il demande souvent à y être envoyé.

Son développement corporel correspond aux enfants de son âge. La circonférence de son crâne est de 49 cm, 5. Il n'a pas d'anomalies du développement cranien. Il existe deux points douloureux à la pression sur la tête. Pas de phénomènes paralytiques. Les organes des sens fonctionnent normalement.

Commentaire de Leidesdorf :

Il s'agit d'un débile, dont l'origine seraient des troubles infantiles du cerveau, chez qui sont apparus très tôt, et existent toujours, des attaques avec céphalée non localisée, analogue à une aura. Pendant ces attaques, le malade se livre à des actes automatiques, dont il ne se rappelle plus après. Pas de vertiges, ni de convulsions. L'épilepsie, à laquelle nous devons rattacher son état, est de nature psychique. Toute l'attaque se joue dans les centres psychiques.

OBSERVATION XXIII

EMMINGHAUS

Die psychische Störungen des Kindesalters). Les troubles psychiques dans l'enfance, in *Handbuch für Kinderkrankheiten von Gerhardt*.

Simon S..., âgé de 8 ans, paysan, épileptique depuis son

douzième mois, assez vif de caractère, sans trouble des facultés intellectuelles. En mai 1885, les attaques épileptiques se rapprochent (jusqu'à 28 en 24 heures). On l'amène à la clinique à cause de sa violente agitation. Le patient est très bruyant, crie et chante presque toute la journée, se promène en rond, sans qu'on puisse le retenir, saute sur les meubles, ne répond pas aux interpellations. Lorsqu'on l'appelle, il ne se dérange pas. Quand on lui fait des remontrances, il essaye de vous battre, puis immédiatement se met à rire et saute plus loin. Il ne se livre pas à des actes de violence spontanés. Pas traces d'hallucinations. En riant, il nie absolument l'existence d'une crainte quelconque. La connaissance est absolument parfaite. Les réponses sont rapides et exactes. Il sait donner sur les circonstances où il se trouve, sur son voyage jusqu'à la clinique, des renseignements exacts. Il ne se sent pas malade, pourtant il sait qu'il a souvent des convulsions, et qu'à ce moment il perd connaissance. Pendant la visite, il sauta une fois sur notre dos avec l'agilité d'un singe et s'y cramponna. Quand on menaça de l'éloigner par la violence, il descendit, en riant violemment. A la clinique, il eut souvent des attaques, et jusqu'à onze dans la même journée, avec morsure de la langue. Sous l'influence du traitement bromuré, les attaques diminuèrent de fréquence, mais la manie persista. Ses répondants le reprirent, à cause de leur manque de moyens.

OBSERVATION XXIV (*abrégée*)

VIVIER (*Thèse*, Paris, 1892. Observation VII).

F... Alfred-Eugène, 17 ans.

Avant la première attaque officielle survenue à l'âge de 13 ans, il aurait gâté jusqu'à l'âge de 8 ans et, de plus, avait des envies d'uriner auxquelles il ne pouvait résister, et qui ressemblaient à de véritables impulsions.

A partir de l'époque de sa première attaque, il eut de nombreux accès. Une particularité à noter dans ses accès, c'est qu'ils sont souvent précédés par une violente envie d'uriner qu'il cherche à satisfaire n'importe où. Dans l'accès qui le prit lorsqu'il était pâtissier, il commençait à uriner contre sa patronne. Dans un autre accès qu'il eut à l'Enfant-Jésus, il urinait dans la bouche d'un enfant. Affectueux pour ses parents, il a une aversion profonde pour sa sœur plus jeune que lui ; il la menace sans cesse de lui donner un coup de tranchet, de lui tirer des coups de revolver ; il parle aussi de se tuer à coups de revolver.

Parti de chez lui, sans qu'on sache pourquoi, son père se met à sa poursuite, le rattrape, et lui demande pourquoi il est parti ; il répond qu'il allait se tuer. C'est à ce moment qu'il est amené à Bicêtre. Il paraît assez intelligent, s'exprime correctement et avec facilité ; a une mémoire assez bonne ; est d'un caractère bruyant mais très docile. Il se rappelle la menace qu'il faisait à sa sœur, et les projets qu'il avait de se suicider, et lorsqu'on lui demande la raison, il répond qu'il ne sait pas, que c'était « malgré lui ».

Il eut après de l'épilepsie procursive et la manie de dévider du fil.

OBSERVATION XXV

MEYER: *Virchow Arch.* — Band VIII, Heft 3.

(Citée par Audry, loc. cit.)

A vu un écolier se lever soudainement la nuit, parcourir le dortoir, pris d'une fureur subite et menaçant ceux qui voulaient l'arrêter. On le ramenait avec peine dans son lit, et il fut alors saisi par une grande attaque épileptique.

OBSERVATION XXVI (abrégée)

ANDRY.

Fureur maniaque chez un épileptique de onze ans. In *Année médicale* n° 9, 26 février 1888.

Joachim J..., 15 ans, père alcoolique, névrosisme, oncle détraqué.

Le malade eut, à 2 ans, des convulsions ; plus tard des douleurs rhumatismales.

Epreuve des étourdissements qui s'accompagnaient quelquefois de chute. Aussi se trouvait-il assez souvent surpris par ses petits camarades, lorsqu'il jouait aux barres. Quelquefois, il ne savait plus où il se trouvait, et laissait, par exemple, choir un porte-plume de ses doigts au milieu de l'étude. Jamais d'urination inconsciente, ni nocturne, ni diurne. Pas de renseignements précis sur les morsures de la langue.

Intelligence moyenne. Caractère bon et plutôt doux.

Le 2 décembre 1887, l'enfant pelait des pommes de terre quand il se mit soudain à les couper dans tous les sens avec une sorte de fureur. En même temps il se levait et se précipitait sur ses petits camarades pour les mordre. Il fut maîtrisé au bout de peu de temps et porté dans son lit. Là on l'amena à l'hôpital.

Le même jour il fut examiné à la contre-visite par M. Monvoye, qui trouva le malade en pleine possession de son intelligence.

Rien aux poudrons. Un petit souffle extra-cardiaque. Dédoublement très net du second temps avec maximum dans la région méso-cardiaque.

Le 3 décembre, l'enfant, dont l'état mental était très satisfaisant, fut pris à cinq heures d'une nouvelle crise. Il tomba hors de son lit, si bien qu'on est obligé de l'attacher pour prévenir de nouvelles chutes. Il n'y eut ni cri initial, ni morsure de la langue, ni écume aux lèvres. Il existait une sorte de

semi-coma. Le petit malade en sortit avec peine et complètement inconscient de ce qui s'était passé. Dans cette crise, qui dura vingt minutes, il n'y eut pas de déviation des yeux, mais on put constater une analgésie et une anesthésie complète.

La nuit du 3 au 4, rien. On a un garde attaché au petit malade, qui reste agité.

5 décembre. — L'enfant pousse un cri violent. Il essaye d'étrangler un jeune enfant dans ses bras. On eut beaucoup de peine à délivrer sa victime terrifiée. Les accès maniaques venaient de se réveiller et allaient inaugurer un véritable état de mal qui a duré toute la nuit du 5 et une partie de la journée du 6 décembre.

Plus de vingt-quatre heures se passent ainsi dans des alternations de coma profond et d'une fureur extraordinaire. La durée des périodes maniaques variait, mais à certains moments, ces dernières étaient sub-intrantes et se succédaient sans interruption. La moyenne des interruptions était de vingt minutes.

Dans la période d'agitation, l'enfant, qu'on avait revêtu de la camisole de force pour épargner de graves accidents, avait la face vultueuse, couverte de sueur, les yeux brillants et hagards. Il était silencieux ou poussait des cris inarticulés, parmi lesquels se distinguaient ceux de « gare, gare ». Tous les mouvements permis par la camisole s'exécutaient avec une violence et une irrégularité inouïes.

Le tronc était soulevé par des soubresauts au-dessus du lit, les membres se crispaient et la tête était agitée avec frénésie dans tous les sens. Les mains ne pouvaient satisfaire à la rage de destruction qui semblait le posséder. Il mordait tout ce qu'il trouvait, ses draps, le haut de son vêtement. Voyait-il passer, à portée de ses dents, un objet, une main, il essayait de les saisir et de les mordre. Par contre, il respectait ses doigts qu'il introduisait quelquefois dans sa bouche.

La vue était conservée ; il ne paraissait pas d'ailleurs exister d'hyperesthésie visuelle particulière pour les objets brillants.

Les hallucinations semblaient faire complètement défaut. Il existait de l'anesthésie des téguments. Miction involontaire. La température rectale, prise pendant un moment de repos, fut trouvée normale.

Bromure, 5 grammes.

Le 7, l'état de mal avait disparu depuis la veille. L'enfant fut pris de sept crises dans la journée, pendant lesquelles il se montrait toujours aussi violent.

Le jeune Joachim était très affaîssé, très abattu, dans l'intervalle des crises. Le malade se plaignait de la tête, mais ne se souvenait de rien. Il était prévenu de leur venue par un picotement dans le bras et un coup de marteau.

9 décembre. — Une crise le matin, une le soir.

9 décembre. — Encore deux crises ; après la première, la température rectale marquait 38° ; après la seconde, 37°5.

10 décembre. — Une crise à 4 heures du soir.

11 décembre. — Crise à 4 heures du soir.

Depuis, n'a plus présenté de crises, si ce n'est une crise de larmes.

Le 8 janvier, trois accès de quelques minutes, dans lesquels il a été aussi furieux qu'aux plus beaux jours.

OBSERVATION XXVII

DELASIAUVE

Traité de l'Épilepsie. Paris 1854. page 150.

Nous avons perdu en 1852, à la suite d'une série d'accès, un enfant épileptique, D..., qui indépendamment d'une perversion instinctive presque constante offrait par intervalle une semblable disposition : tantôt gesticulant, chantant et tenant des propos sans suite ; d'autres fois demeurant silencieux, immobile, la physionomie étonnée, la vue étendue vers le ciel ou attachée à un objet quelconque. Si on lui parlait, on eut dit qu'il n'entendait pas ; un sourire sardonique venait seulement effleurer ses lèvres, et s'il daignait ouvrir la bouche, c'était

pour en faire jaillir quelque réflexion étrange, sans concordance avec la question posée.

OBSERVATION XXVIII

GRIESINGER, d'après Soltmann, cité par Audry in *Lyon Médical*,
26 février 1888.

Jeune épileptique de 14 ans. éprouvait des attaques d'angoisse malade irrésistibles qui s'associaient, du reste, avec des hallucinations gaies.

OBSERVATION XXIX

KERNER, d'après Soltmann, cité par Audry, in *Lyon Médical*,
26 février 1888.

Fillette de onze ans, tombant dans des paroxysmes intenses de mélancolie religieuse. Suppression de la conscience. Pendant ses accès, elle vociférait, blasphémait, et en même temps priait avec ferveur.

OBSERVATION XXX

VIVIER, thèse. *Paris* 1892 (Obs. V).

Première attaque officielle vers 13 ans, à la suite d'un coup de pied de cheval à la tête. Depuis a de nombreuses attaques. Après ses accès, son intelligence disparaissait complètement. Il paraissait détraqué, idiot. Il avait des colères furieuses et menaçait de se suicider.

OBSERVATION XXXI

LEGRAND DU SAULLE. — *Etude médico-légale sur les épileptiques*
Paris 1877, page 85

En 1861, je fus consulté par une famille d'artistes, au sujet d'un petit garçon de 9 ans, dont la méchanceté par instants n'avait point de bornes, et qui ne se plaisait alors qu'à tourmenter ses camarades, à maltraiter cruellement ses deux sœurs ou à faire souffrir des animaux. Fourbe, voleur, adonné à l'onanisme, il avait plusieurs fois essayé de mettre le feu, et causait à ses parents une inquiétude et une affliction extrêmes. Le père de l'enfant était organiste, avait de son talent une opinion ridiculeusement exagérée, et commettait de très fréquents excès alcooliques. La mère donnait des leçons de piano, et avec une intelligence et un dévouement hors ligne, elle tenait tête aux événements et suffisait à tout. Elle m'avoua un jour que l'un de ses frères s'était pendu.

Partant de cette idée, que l'épilepsie joue, sans que l'on n'y prenne suffisamment garde, un rôle considérable, dans la perpétration des actes pervers qui amènent chaque jour tant d'enfants dans les colonies pénitenciaires, je me plaçai au point de vue de l'épilepsie larvée, de vertiges méconnus, ou d'attaques nocturnes, et je prescrivis un traitement approprié. Au bout de six mois, sans que la mère du petit garçon qui s'était privée de sommeil pendant un grand nombre de nuits, eût pu saisir le plus léger phénomène épileptique, une amélioration très marquée se manifesta dans les dispositions intellectuelles, morales et affectives de l'enfant et son placement put avoir lieu dans un petit séminaire, non loin de Paris. Seulement il fut convenu que le traitement serait repris tous les trois mois, pendant trente jours consécutifs.

J'avais été vivement frappé de ce fait et j'en parlais dans un

de mes ouvrages, mais je perdis de vue la famille et mon observation resta incomplète.

En octobre 1872, un jeune sergent de chasseurs de Vincennes se présenta chez moi, de la part de sa mère devenue veuve et tombée dans une grande misère. C'était mon ancien petit malade, et j'appris qu'on venait de le réformer, parce qu'il avait des attaques de haut mal depuis quatre ou cinq mois ! Ainsi donc, guidé par quelques circonstances héréditaires, et surtout par l'état intellectuel spécial de l'enfant, j'avais reconnu très longtemps à l'avance l'estampille de l'épilepsie. Qu'était ce jeune garçon en 1861 ? Un épileptique larvé. Il n'a plus de crises convulsives, suit toujours un traitement, et est actuellement représentant d'une maison de quincaillerie.

OBSERVATION XXXII

FÉRÉ. — Les épilepsies et les épileptiques, page 81.

Un jeune garçon éprouve une modification publiée des sentiments affectifs : il sent tout à coup de la répulsion pour les personnes et les objets qui lui sont chers et inversement, répulsion dont il se rend parfaitement compte et qu'il exprime en disant : « Je change de cœur ».

Souvent ce sentiment ne va pas jusqu'à une modification de conduite, alors l'accès ne se produit pas. Lorsque, au contraire, l'enfant est poussé à des actes violents, ce qui arrive généralement au bout de dix minutes ou un quart d'heure, il perd connaissance et des convulsions se produisent souvent avec miction involontaire. Lorsque les convulsions ne se produisent pas, l'accès émotionnel dure plus longtemps, quelquefois deux ou trois heures ; l'enfant reste abîmé dans un chagrin profond et manifeste des idées de suicide. Pendant tout ce temps, il est d'une pâleur extrême et éprouve une sensation de froid, avec chair de poule. Ces sortes de crises sont

généralement suivies de manifestations expansives envers son entourage, particulièrement envers sa mère.

OBSERVATION XXXIII

FÉRÉ. Les épilepsies et les épileptiques. Obsv. XXVII.
page 144.

Epilepsie, interprétation par le malade de ses actes impulsifs

Le jeune T..., âgé de 9 ans, est par sa mère de race névropathique. Un grand-oncle maternel s'est suicidé pour une cause futile ; la mère a eu des convulsions dès l'enfance et a été atteinte trois fois de chorée, deux fois à propos de rhumatismes, et une fois à la suite d'un traumatisme. L'enfant lui-même a des stigmates de dégénérescence héréditaire : le côté gauche de la face est moins développé que le droit, les dents sont mal implantées et les oreilles manquent de lobule. Sa maladie actuelle a été précédée de préludes significatifs : il a eu plusieurs fois des convulsions dans ses premières années ; jusqu'à cinq ans, il a eu de l'incontinence d'urine nocturne et diurne ; il passe dans sa famille pour très intelligent, parce qu'il est très espiègle et qu'il invente des mensonges extraordinaires, mais il est impossible de fixer son attention, et on n'est pas parvenu à lui apprendre à lire.

Il avait 6 ans, lorsque, à la suite d'une peur que lui aurait faite un chien, il a eu sa première attaque convulsive ; on n'y attacha pas d'importance. Après trois mois d'intervalle, il survint une troisième attaque motivée soi-disant par une indigestion : on n'y prêta encore nulle attention. Six mois plus tard, il survint, dans une même journée, trois attaques auxquelles on ne put assigner aucune cause physique ou morale. En outre, ce qui n'avait pas eu lieu les deux premières fois, l'enfant s'était mordu la langue et avait uriné dans ses vêtements. C'est à cette occasion que nous fûmes appelé à voir

le malade pour la première fois ; le père, qui avait assisté à deux accès, en donnait une description des plus correctes : il y avait eu cri initial, une période tétanique, une période de mouvements convulsifs, etc. ; le tout suivi d'un sommeil stertoreux durant une demi-heure environ. Nul doute qu'il s'agit d'épilepsie et d'épilepsie vraie, la perte de connaissance était absolue d'emblée, et les phénomènes convulsifs n'offraient aucune localisation, et il n'existe aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité d'un côté du corps. L'enfant a été soumis à une médication bromurée à la dose quotidienne de trois grammes. Depuis le mois de mars 1882 jusqu'au mois de mars 1883, il n'eut que cinq attaques, qui toutes ont été moins fortes que celles du début : il semble établi qu'il n'y avait plus ni cri, ni morsure de la langue, ni miction involontaire et que tout se soit borné à une perte de connaissance avec chute et quelques mouvements convulsifs. Du mois de mars au mois d'avril 1884, il n'y eut aucun accès.

Le 25 août, l'enfant se trouvait à la campagne chez un oncle qui avait un fils de même âge que lui. Il se portait parfaitement, jouait comme d'ordinaire, et rien chez lui ne faisait soupçonner qu'il pût survenir rien de particulier, bien que l'enfant n'ait pris aucune dose de bromure depuis son départ de Paris, le 1^{er} août. Vers deux heures de l'après-midi, le petit malade était entré dans la chambre de son cousin : au bout d'une demi-heure, ne le voyant pas revenir, on voulut voir ce qui se passait. On le trouva ronflant et étendu au milieu de la chambre, la bouche souillée d'écume sanguinolente et les vêtements inondés d'urine : il était couché au milieu de débris de jouets et de livres appartenant à son cousin. Lorsqu'il fut sorti de sa stupeur et qu'on lui demanda ce qui était arrivé, comment il avait tout brisé autour de lui, il regarda de tous côtés comme pour se convaincre que ce ne pouvait être que lui le coupable, puis il répondit : « Il a arraché la queue de mon cheval. » On ne comprit pas d'abord le sens de cette réponse, que l'on attribua au délire ; puis on finit par se

rappeler que deux ans auparavant le cousin du petit malade avait, en effet, arraché la queue d'un cheval de bois que ce dernier possédait. On conclut de cette circonstance que notre sujet s'était livré à des représailles volontaires et la famille fut très effrayée de cet acte de rancune. On reprit immédiatement le traitement, et depuis cette époque, il ne s'est plus produit aucun phénomène convulsif.

C'est seulement le 8 octobre que nous avons pu revoir et interroger le petit malade. Il paraît tout à fait sincère ; l'affaire est pardonnée, il n'en est plus question depuis longtemps. Il reconnaît que ce ne peut être que lui qui a brisé les objets, mais ne peut dire, ni comment, ni quand : il ne s'en souvient nullement, pas plus que de l'attaque ; l'acte impulsif a-t-il été accompli avant ou après les convulsions ? Il a été impossible de l'établir. Il se souvient qu'il était entré dans la chambre pour prendre un livre, il l'a pris, puis il ne se souvient plus de ce qui est arrivé, jusqu'au moment où on est venu le relever. Quand on lui demande raison de sa réponse : « Il a arraché la queue de mon cheval », il réplique invariablement : « Il ne m'a pas fait autre chose, sans cela je n'aurais pas cassé ses affaires. » Rien ne révèle aucun sentiment de rancune, soit avant, soit après l'attaque.

Féré fait suivre cette observation d'un commentaire. Il essaye d'interpréter le sens de la réponse de l'enfant donnée immédiatement après son impulsion.

L'hypothèse la plus semblable lui semble être que l'enfant ayant eu « la sensation vague d'une éclipse de sa conscience a cherché à la remplir en adaptant les circonstances les plus vraisemblables » (Voir Féré : note pour servir à l'histoire des actes impulsifs des épileptiques. (Revue de Médecine, 1885).

OBSERVATION XXXIV

WIEDEMEISTER. Zwei Fälle von geheilter Epilepsie mit Geistesstörung in *Allg. Z. für Psych.* Band 29, Seite 576.

Wilhelmine S... de Z..., née le 15 mars 1858, est reçue à 13 ans à l'hôpital, le 17 février 1872.

A. P. — Père alcoolique. Mère et sœur bien portantes.

Elle est très développée pour son âge, pourtant elle est maigre. Au niveau du cœur, on trouve un souffle systolique dont la cause nous échappe. Elle n'est pas encore réglée. Peu de temps avant sa maladie, sa figure changeait souvent de couleur. Elle avait l'air pâle et préoccupée, avec les yeux cernés. La capacité intellectuelle était parfaite. Dix semaines avant la Saint-Michel de 1871, elle entendit, alors qu'elle gardait les vaches du paysan au service de qui elle était, la voix de ce fermier l'appelant et lui disant : « Rentre à la maison avec les vaches ». Elle fut très étonnée quand elle apprit de son patron qu'il ne l'avait pas appelée et ne lui avait rien ordonné. Quelques jours plus tard, elle eut un vertige qui dura un quart d'heure, et suivi d'une attaque de délire d'une heure, puis elle eut plusieurs pertes de connaissance, mais sans convulsions ni spasmes. Six semaines plus tard, elle eut de véritables crises d'épilepsie avec cri initial, convulsions généralisées, flexions du pouce et écume de la bouche. Entre les attaques, la conscience était conservée au début. Puis peu à peu elle se perdit et elle eut du délire furieux absolu, au cours duquel se montrent surtout des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût. Les spasmes s'arrêtèrent. Le délire furieux fut terrible. Elle menaça de battre et de tuer son entourage, se précipita sur ses parents avec un couteau et voulut noyer une jeune sœur. En même temps, elle riait comme une folle, grimaçait et perdait ses urines. A son entrée, elle présentait l'état suivant : Enfant de forme normale.

Aucun symptôme objectif de son délire ne donne de renseignement sur sa maladie. Le premier soir après son entrée apparurent trois attaques convulsives non généralisées et sans cri initial. Elles consistaient en mouvements désordonnés et involontaires des bras et des jambes, qu'elle jetait de tous côtés. Pourtant il paraissait y avoir inconscience. On la mit au lit et elle dormit toute la nuit. Le lendemain, pendant la visite, dans un fauteuil, elle se laisse brusquement aller en arrière les bras pendants. Quand on voulut les lever, on vit qu'ils étaient flexibles comme de la cire, et qu'ils gardaient la position qu'on leur donnait. Après quelques minutes, cet état cataleptique cessa et la conscience réapparut. Depuis, il n'y eut plus de crises spasmodiques. En mars pourtant, elle eut une petite attaque de rires avec verbigération, mouvements involontaires, mais qui n'avaient rien de convulsif. Puis ses règles apparurent pour la première fois, et se montrèrent depuis régulièrement ; et depuis elle resta complètement guérie de sa maladie passée, dans un état normal, faisant des progrès rapides en couture, calcul, écriture, lecture. Pourtant, le souffle systolique persistait, et, en plus, on entendait un bruit de rouet veineux dans la jugulaire droite. Elle avait pris environ 90 grammes de bromure de potassium du 19 février au 27 avril.

Quoique nous publions cette observation, nous n'en faisons pas état, l'épilepsie n'étant pas assez démontrée. En tout cas, si épilepsie il y a, ces crises convulsives et physiques ressemblent plutôt à des attaques d'hystérie épilepsie qu'à des attaques de mal comitial pur.

CONCLUSIONS

Les paroxysmes psychiques des enfants se présentent le plus souvent sous la forme d'excitation.

Beaucoup plus rarement ils revêtent la forme de dépression, ou sont de nature mixte, c'est-à-dire qu'ils comportent un mélange d'excitation et de dépression.

Les paroxysmes psychiques avec excitation comprennent une grande variété d'états allant du simple au composé, de l'ébauche à l'achevé (turbulence paroxystique, colère simple intermittente, accès de colère avec agitation maniaque de courte durée, manie aiguë à grand fracas).

Cette dernière modalité qui correspond au grand mal intellectuel des adultes, n'est, on le voit dans cette série d'états d'intensité croissante, que l'étape ultime, dont la turbulence paroxystique constitue l'expression la plus atténuée et la moins bruyante.

Si la plupart des auteurs ont pensé et avec raison, que ce grand mal intellectuel, que cette manie furieuse sont une rareté dans le jeune âge, nous espérons avoir établi que, au contraire, les états d'excitation maniaque, moins caractérisés et moins accentués (turbulence, colère simple, petit accès d'agitation) sont plus fréquents dans l'enfance qu'on le suppose d'habitude.

Souvent ces périodes d'excitations se compliquent des impulsions comitiales, classiques chez les adultes, ces dernières pouvant du reste se montrer à l'état isolé.

Les principales impulsions sont par degré de fréquence : l'automatisme ambulateur en général, les impulsions à voler, à mettre le feu, à commettre des actes inconvenants ou incongrus.

Rares sont celles à l'homicide et au suicide.

Plus l'enfant est jeune, plus l'acte délictueux, l'impulsion ou le paroxysme en général, sera embryonnaire, confus, ébauché. Plus âgé sera l'enfant, plus ces psychoses intermittentes seront différenciées et compliquées, plus elles se rapprocheront de celles observées chez les adultes. Vers l'adolescence elles tendent à devenir presque entièrement semblables à celles de l'âge mûr.

Comme chez les grandes personnes, ces délires sont souvent la traduction extérieure d'hallucinations, le plus souvent terrifiantes et d'origine visuelle.

Les principaux caractères cliniques de ces psychoses, sont : leur durée éphémère ; leur venue sans cause apparente ; l'amnésie consécutive ; l'inutilité, la violence, la cruauté qui président à leur action ; enfin leur aspect quasi inconscient.

Généralement ils sont encadrés par des symptômes ordinaires de l'épilepsie, qui souvent passent inaperçus, ou restent au second plan, à cause de l'importance que la famille attache à la psychose elle-même.

Ces phénomènes sont : les vertiges, les absences, la pâleur subite du visage suivie de rougeur, la fixité momentanée du regard ; les vomissements, les mouve-

ments spasmodiques quelconques des membres ou des viscères — la migraine, l'abattement, le sommeil consécutif à la psychose — la respiration stertoreuse, l'incontinence des shincters, un mauvais état gastro-intestinal — en un mot tous les symptômes, connus de petite ou de grande épilepsie.

Maintes fois les paroxysmes se présentent sous l'aspect de délires matutinaux intermittents et inexplicables. Dans ce cas, ils sont consécutifs à une attaque nocturne d'épilepsie, le plus souvent ignorée du malade et de la famille. Le rattachement à la névrose causale se fait alors par la constatation des symptômes habituels de l'attaque nocturne, c'est-à-dire par la coïncidence de quelques-uns des symptômes suivants : incontinence nocturne des urines, salivation sanguinolente salissant l'oreiller, morsure de la langue, pétéchies hémorragiques conjonctivales, mauvais état gastro-intestinal.

Seule l'observation de quelques-uns de ces symptômes d'épilepsie banale rend possible d'établir un diagnostic ferme. La constatation du délire lui-même n'est qu'un fil conducteur vers ce diagnostic, et permettra seulement d'émettre l'hypothèse d'épilepsie, supposition que l'évolution ultérieure de la maladie confirmera ou infirmera.

Ce diagnostic est important à faire, quoique difficile, parce que ces psychoses font souvent fonction d'épilepsie larvée, et peuvent, par cela même, demeurer longtemps méconnues.

Le traitement bromuré est indiqué, parce que, dans quelques observations, il semble avoir empêché d'une

façon réelle le retour de ces délires, quoique malheureusement beaucoup trop de malades ne sont pas améliorés du tout par cette médication. En tous cas, le bromure s'impose pour la lutte contre l'épilepsie causale.

De plus, ces jeunes épileptiques doivent être isolés des autres enfants, pour leur propre bien, et pour celui de leurs camarades et de leurs frères et sœurs. Ils doivent être placés dans des établissements pédagogiques spéciaux, de préférence à la campagne. Ils remplissent, du reste, les conditions de la loi actuelle régissant l'internement des épileptiques, puisqu'ils sont atteints de troubles mentaux consécutifs aux attaques (consécutifs, entendu au sens large du mot).

Malheureusement ces écoles spéciales sont rares encore. Paris ne possède que les services de la Salpêtrière et de Bicêtre.

Le Ministre de l'Instruction publique vient de nommer une Commission composée d'hommes compétents (médecins, pédagogues, légistes) dans le but d'étudier la question des enfants anormaux. A elle d'élever la voix auprès des pouvoirs publics et des Chambres, afin d'obtenir les crédits indispensables à la création de ces écoles nécessaires, organismes sociaux à la fois de pédagogie et de thérapeutique.

Vu :

Le Président de la Thèse,
RAYMOND.

Vu :

Le Doyen,
DEBÔVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARDIN DELTEIL. — L'épilepsie psychique dans ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité, *Ch. de Montpellier* 1892.

Les équivalents psychiques de l'épilepsie in *Montpellier médical* 1900.

L'épilepsie larvée in *Progrès médical* 15-29 décembre 1900
3 janvier 1901.

AUDRY. — Fureur maniaque chez un épileptique de 11 ans.
Lyon médical 26 février 1888, p. 313.

BARTHEZ et RILLIET. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 2^e éd. t. II, p. 508.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.

— Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés, *vol IV de la Bibliothèque d'enseignement spécial*, Paris 1895.

BOURNEVILLE et BRICON. — De l'épilepsie procursive, *Archives de neurologie*, 1887, t. XIII, p. 321, t. XIV, p. 55; 1888, t. XV, p. 75, 227, 379; t. XVI, p. 234, 420.

CHASLIN. — Article épilepsie in *Traité des maladies de l'enfance* (Gaucher-Comby-Marfan), t. IV, p. 520.

CHEADLE. — Four cases of a peculiar epileptiform disease (*British med. journal*), 1875, p. 572.

COMBRET. — De l'épilepsie larvée, *thèse de Paris*, 1896.

COMBY. — Traité des maladies de l'enfance, *Paris* 1899, p. 682.

CONOLLY (John). — Juvenile insanity, in *Medical Times and Gazette*, Feb. March, 1862.

DELASIAUVE. — Traité de l'épilepsie, *Paris* 1854, p. 150

DELBREIL. — De l'épilepsie procursive, *th. Lille* 1889.

D'ESPINE. — La convulsion chez l'enfant. Causes, symptômes et diagnostic. *Congrès français de Toulouse* 1902.

D'ESPINE et PICOT. — Manuel pratique des maladies de l'enfance, 4^e édition 1889, p. 508.

DUFOUR. — Considérations cliniques sur l'avenir des convulsifs infantiles. *Communication à la société de neurologie*, 6 juil. 1899.

EMMINGHAUS. — Diepsychische Störungen des Kindesalters in *Handbuch für Kinderkrankheiten von Gerhardt*, p. 267.

ESQUIROL. — Maladies mentales, *Paris* 1838.

FALRET. — De l'état mental des épileptiques. *Archives générales de méd.*, 1860.

FÉRÉ. — Les épilepsies et les épileptiques, *Paris* 1890.

Le tic de Salaam, les salutations névropathiques, *Progrès médical* 1883, p. 970.

— Note pour servir à l'histoire des actes impulsifs des épileptiques, *Revue de Médecine*, 1885.

GRASSET et RAUZIER. — Article épilepsie, in *Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert*, t. X, p. 450.

GRIESINGER. — Cité par Audry *loc.-cit.*

Traité des maladies mentales. *Traduction* 1874.

HERPIN. — Du diagnostic et du traitement de l'épilepsie. *Paris* 1852, p. 451.

KERNER. — Cité par Audry *loc. cit.*

KESTEVEN. — A case of epileptiform Stupor in a child, successfully treated with Bromide of Potassium, in *Transactions of the clinical Society of London*, 1870, t. III, p. 168.

LADAME. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1889, Janvier.

LEGRAND du SAULLE. — Etude médico-légale sur les épileptiques. *Paris* 1877.

LEIDESDORF. — Ueber die sogenannten psychisch. epileptischen æquivalente, in *Wien Medizin Wochenschrift Jahrgang* 1887, n^{os} 5 et 6.

MAIRET. — De l'épilepsie procursive, *Revue de médecine*. t. IX, 1888, p. 147, 641, 741.

MEYER. — *Virchow Archiv*. Badd VIII, Heft 3.

MINGAZZINI. — Sui fenomeni circuncursivi e rotatori dell epilessia, in *Riv. di freniatria e de med. leg.* vol XX, fasc. III-IV 1894. p. 361

MONOD. — Contribution à l'étude des convulsifs infantiles. *Thèse Paris* 1904.

MOREL. — Traité des maladies mentales, *Paris* 1860.

— Discussion sur l'épilepsie larvée. *Ann. méd. psycho.*, année 1873.

PACTET et COLLIN. — Les aliénés devant la justice. 1902.
Les aliénés dans les prisons.

SCHÜLE. — Traité clinique des maladies mentales (traduction DAGONNET et DUHAMEL. *Paris* 1888, page 258).

SCHÜSTER et MENDEL. — *Munch. med. Wochenschr.* 1880, p. 918.

SOLTMANN. — Article épilepsie in *Handbuch für Kinderkrankheiten*, herausgegeben von Gerhardt.

TROUSSEAU. — Cliniques, t. II. De l'épilepsie, p. 89.

VIVIER. — Contribution à l'étude clinique de l'épilepsie chez les enfants, *th. Paris* 1892.

Jules VOISIN. — L'épilepsie. *Paris* 1897.

— L'idiotie. *Paris* 1893, p. 241.

— Epilepsie méconnue chez les écoliers, *Congrès d'assistance d'Edimbourg*, août 1904.

VOISIN et PETIT. — De l'intoxication dans l'épilepsie. In *Archives de neurologie*, n^{os} 98, 99, 100, 101, 102.

WEST. — Ueber Epilepsie, Blödsinn und Irrsein der Kinder in *Journal für Kinderkrankheiten*. Band XXIII H. 1 et 2. anno 1854.

— Ueber das geistesleben und die Geistesstörungen in der kindheit. *Loc. cit.* Bd XXXV, H. 7 et 8, ano 1865, p. 35.

— Leçons sur les maladies des enfants (*traduction Archambault*). Paris 1881, 2^e édition, page 207.

WIEDEMEISTER. — Zwei Fälle von geheilter Epilepsie mit Geistesstörung in *Allg. Z. für Psych.* Band 29. Seite 576.

ZIT. — Die psych, Störungen in Kindesalter *Centralzeitung für Kinderkrankheiten*, 1879.